

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**Exploration des facteurs favorisant la réalisation d'interventions de courte
durée en saines habitudes de vie par les infirmières des Services de santé
courants du CSSS-IUGS**

par
Myriam Chênevert

**Département de nutrition
Faculté de médecine**

Mémoire présenté à la **Faculté des études supérieures**
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en **Nutrition**
option **Gestion de services ou de programmes**

Décembre 2007

« Copyright » Myriam Chênevert, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Exploration des facteurs favorisant la réalisation d'interventions de courte
durée en saines habitudes de vie par les infirmières des Services de santé
courants du CSSS-IUGS**

Présenté par :
Myriam Chênevert

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dre Bryna Shatenstein
Présidente-rapporteuse

Dre Marie Marquis
Directrice de recherche

Dr Olivier Receveur
Membre du jury

RÉSUMÉ

Mise en contexte :

Le counselling sur les saines habitudes de vie offert par les professionnels de la santé constitue une stratégie de plus en plus discutée par les institutions de santé à travers le monde dans le combat contre l'épidémie des maladies chroniques. L'étude suivante étudie l'importance des facteurs favorisant ce genre d'interventions dans le contexte d'un CSSS québécois. Le counselling ici présenté concerne l'arrêt tabagique, la saine alimentation ainsi que la pratique régulière d'activité physique.

Méthodologie :

Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies via des questionnaires chez deux groupes d'infirmières des Services de santé courants (un ayant expérimenté le counselling (n=10) et l'autre non (n=24)) et des entrevues semi-dirigées ont été conduites chez un troisième groupe (n=5). La méthode des incidents critique a été utilisée pour la partie qualitative des données.

Résultats :

Plusieurs facteurs ont démontré des liens avec le counselling sur les saines habitudes de vie offert par les infirmières, dont des facteurs directement en lien avec les professionnelles elles-mêmes, tels que les attitudes envers les interventions de prévention, les croyances, l'efficacité personnelle et le soutien des pairs, d'autres avec la clientèle, dont le statut du client et son degré d'implication à l'égard de ses habitudes de vie et finalement certains avec l'environnement de pratique, entre autres le temps suffisant pour mener l'intervention et la disponibilité des ressources et des outils nécessaires. Parmi les facteurs favorisant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, certains sont spécifiques aux interventions sur l'alimentation.

Conclusion :

Étant donné la grande variété des facteurs impliqués, il importe de mettre en place des stratégies qui agissent à différents niveaux. L'intégration de professionnels spécialisés dans les équipes de soins pourrait présenter plusieurs avantages, tout comme les actions visant à rendre la population plus réceptive aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

Mots-clés : counselling, habitudes de vie, tabac, alimentation, activité physique

ABSTRACT

Background :

Counselling on healthy life habits from health professionals is among the most important strategy being discussed by health institutions around the world to contribute to the reduction of chronic diseases epidemic. The following study is concerned by the importance of factors that can favour this kind of interventions in the context of a health center located in Quebec. Counselling to be presented is about smoking cessation, healthy eating habits and regular physical activity.

Methods :

Quantitative and qualitative data have been collected using questionnaires with two groups of nurses of current health services (one which has experienced counselling (n=10) and the other who have not (n=24)) and semi-directed interviews have been conducted on a third group (n=5). The critical incident technique has also been used for the qualitative part of the data.

Results :

Many factors have revealed links to counselling on healthy life habits. Some are directly linked to professionals themselves, such as attitudes toward prevention interventions, believes, self-efficacy and colleagues' support, others to clients (status and level of implication toward their life habits) and finally some to the organisation such as sufficient time to lead the intervention and the availability of necessary resources and tools. Among factors supporting short interventions on healthy life habits, some are specific to eating behaviours.

Conclusions :

Due to the wide variety of factors implied, it is important to integrate into practice strategies which will have an impact at different levels. Integration of specialized professionals in care teams could offer many advantages, as well as actions aimed at bringing the population to become more receptive to short interventions on healthy life habits.

Key-words : counselling, life habits, smoking, eating, physical activity.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	p.1
2. REVUE DE LITTÉRATURE	p.3
2.1 La prévention en milieu clinique	p.3
2.1.1 Définition des pratiques préventives en milieu clinique	p.4
2.1.2 Le rôle des médecins et des professionnels de la santé dans la prévention en milieu clinique	p.5
2.1.3 Efficacité des interventions préventives de courte durée dispensées par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne	p.7
2.1.4 Recommandations d'organismes officiels sur les pratiques cliniques préventives	p.10
2.1.5 Pratiques actuelles des médecins et des professionnels de la santé de première ligne à l'égard des pratiques cliniques préventives	p.12
2.2 L'adoption de pratiques cliniques préventives par les professionnels de la santé de première ligne	p.15
2.2.1 Les attitudes des médecins et des professionnels de la santé de première ligne par rapport à l'adoption de pratiques cliniques préventives	p.15
2.2.2 Les barrières à l'adoption de pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne	p.16
2.2.3 Modèles explicatifs des conditions favorisant l'adoption des pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne	p.18
2.2.4 Synthèse des facteurs en lien avec l'adoption des pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne	p.21
3. PROBLÉMATIQUE	p.27
4. OBJECTIFS	p.29
5. MÉTHODOLOGIE	p.30
5.1 Choix du devis	p.30
5.2 Population et recrutement	p.30
5.3 Instruments de mesure	p.32
5.3.1 Questionnaires	p.32
5.3.2 Entrevues individuelles	p.34
5.4 Analyses	p.35
5.4.1 Données quantitatives	p.35
5.4.2 Données qualitatives	p.36
5.5 Obtention de l'approbation éthique	p.37

6. RÉSULTATS	p.38
6.1 Profil des répondants aux questionnaires	p.38
6.1.1 Caractéristiques et profil de pratique des professionnelles	p.38
6.1.2 Facteurs liés aux professionnelles	p.46
6.1.2.1 Facteurs prédisposant aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.46
6.1.2.2 Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.54
6.1.2.3 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.56
6.1.3 Facteurs liés à la clientèle	p.59
6.1.3.1 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.59
6.1.4 Facteurs liés à l'environnement de pratique	p.62
6.1.4.1 Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.62
6.1.4.2 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.67
6.1.5 Développement sur les facteurs favorisant la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.69
6.2 Profil des répondants aux entrevues	p.76
6.2.1 Caractéristiques des professionnelles	p.76
6.2.2 Autres facteurs associés à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.78
6.3 Incidents critiques associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie	p.86

7. DISCUSSION	p.91
7.1 Faits saillants des résultats	p.91
7.1.1 Facteurs principalement liés aux professionnelles	p.91
7.1.2 Facteurs principalement liés à la clientèle	p.95
7.1.3 Facteurs principalement liés à l'environnement de pratique	p.97
7.2 Considérations méthodologiques et pistes de recherche	p.100
7.2.1 Forces de l'étude	p.100
7.2.2 Limites de l'étude	p.102
7.2.3 Pistes de recherche	p.102
 8. CONCLUSION	 p.103
 9. BIBLIOGRAPHIE	 p.105

ANNEXE A - La prévention au CSSS-IUG de Sherbrooke

ANNEXE B - Présentation du projet aux professionnelles

ANNEXE C - Formulaire de consentement

ANNEXE D - Questionnaire groupe A

ANNEXE E - Questionnaire groupe B

ANNEXE F - Guide d'entrevue

ANNEXE G - Lettre d'approbation du comité éthique

ANNEXE H - Tableaux croisés du profil des professionnelles

ANNEXE I - Tableau croisé du profil de pratique des professionnelles

ANNEXE J - Tableaux croisés des attitudes des professionnelles

ANNEXE K - Inconvénients et obstacles associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

ANNEXE L - Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et importance d'une collègue de travail ou d'un professionnel spécialisé dans la réalisation des interventions

ANNEXE M - Facteurs associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie selon les professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

ANNEXE N - Incidents critiques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Recommandations canadiennes et américaines en matière de prévention chez les adultes – volet counselling

Tableau II : Synthèse des facteurs en lien avec l'adoption de PCP

Tableau III : Différentes stratégies utilisées pour augmenter l'utilisation des interventions de courte durée

Tableau IV : Caractéristiques des professionnelles (infirmières) ayant répondu aux questionnaires

Tableau V : Profil de pratique des professionnelles (infirmières)

Tableau VI : Facteurs prédisposants les professionnelles (infirmières) aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Tableau VII : Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles (infirmières)

Tableau VIII : Facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles (infirmières)

Tableau IX : Facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie liés à la clientèle

Tableau X : Facteurs de l'environnement de pratique facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Tableau XI : Facteurs de l'environnement de pratique renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Tableau XII : Inconvénients et obstacles associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Tableau XIII : Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et importance d'une collègue de travail ou d'un professionnel spécialisé

Tableau XIII : Profil des professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

Tableau XV : Facteurs associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie selon les professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

Tableau XVI : Incidents critiques associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie rapportés par les professionnelles (infirmières)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CSSS-IUGS : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

GEC-SSP : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCP : Pratiques cliniques préventives

PNS : Programme national de santé publique

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

USPSTF : U.S. Preventive Services Task Force

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier la Fondation du CLSC de Sherbrooke ainsi que le Département de nutrition de l'Université de Montréal pour leur contribution monétaire dans la réalisation de cette étude.

1) INTRODUCTION

Le fardeau des maladies chroniques est lourd et préoccupe présentement plusieurs institutions de santé internationales. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte en effet qu'en 2001, ces maladies comptaient pour environ 60% des 56,5 millions de décès rapportés à travers le monde (OMS, 2001). Les prédictions de ce même rapport ne sont par ailleurs pas très optimistes en estimant une progression de l'ordre de 57% d'ici 2020.

Le Québec ne fait pas exception à cette épidémie. En 2001, les maladies de l'appareil circulatoire (ou cardiovasculaires), les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire (incluant l'asthme) et le diabète, toutes des maladies chroniques reconnues, étaient responsables de près de 75% des décès et ce, malgré les progrès des technologies médicales, l'amélioration des traitements et l'arrivée de nouveaux médicaments issus de recherches dans le domaine pharmacologique (Duchesne, 2003).

Plusieurs des maladies chroniques sont en partie évitables par des changements de comportements en lien avec trois habitudes de vie, soit le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique. De fait, 40% des décès seraient imputables à ces trois habitudes de vie et à celle de la consommation excessive d'alcool (Kushi et coll., 1998). L'importance de ces habitudes de vie en tant que facteurs de risque des maladies chroniques n'est donc pas à démontrer.

Le tabagisme est de loin la principale cause de décès modifiable, cette habitude de vie étant associée à trente et une causes de décès ou de maladies (Lopez, 1999). Malgré une nette diminution du taux de fumeurs au Québec (39,9% en 1987 à 30,2% en 2001 chez les personnes de 15 ans et plus), la lutte au tabagisme n'est pas encore gagnée (Bernard, 2003).

Au niveau de l'alimentation, plusieurs comportements demeurent à changer. Le récent rapport de la Consultation mixte OMS/FAO d'experts sur le régime alimentaire, la nutrition et la prévention des maladies chroniques recommande entre autres la limitation de l'apport énergétique provenant de la consommation de gras (en misant sur la réduction des gras saturés et trans au profit des gras non saturés), de sucre et de sel ainsi que l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes, de légumineuses, de céréales à grains entiers et de noix (OMS, 2003).

La faible consommation de fruits et légumes par la population constitue toutefois un aspect auquel il importe de porter une attention particulière étant donné leur potentiel anticancérigène de plus en plus démontré par les études (American Institute of Cancer research, 1997 et Hyson, 2001). De plus, l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes pourrait atteindre plus d'une cible de la saine alimentation en se substituant à la consommation d'aliments plus riches en gras, sucre et sel. L'OMS estime par ailleurs que l'apport insuffisant de fruits et de légumes dans le monde est responsable de 19% des cancers au niveau de l'appareil digestif (colorectal, estomac, œsophage), 31% des cardiopathies ischémiques et 11% des accidents vasculaires cérébraux (OMS, 2002). En 2000-2001, la proportion de Québécois ne rencontrant pas la recommandation minimale au niveau des légumes et des fruits établie par la version du Guide alimentaire canadien pour manger sainement en vigueur à ce moment (cinq portions de légumes et de fruits à consommer par jour) atteignait 60% (Statistiques Canada, 2001). Il est donc raisonnable de croire que cet aspect de la saine alimentation devient une cible intéressante pour la prévention des maladies chroniques.

Par sa capacité à réduire les maladies cardiovasculaires, certains cancers et le diabète de type 2, l'activité physique constitue une cible incontournable dans la prévention des maladies chroniques. Toutefois, on constate qu'encore trop peu de Québécois sont actifs. De fait, seulement 34% des hommes et 29% des femmes étaient considérés comme étant actifs (selon les critères de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé) en 2000-2001 (Statistiques Canada, 2001).

Le counselling sur les saines habitudes de vie par les professionnels de la santé constitue une stratégie de plus en plus discutée par les institutions de santé à travers le monde. Le présent mémoire s'attardera aux facteurs favorisant ce genre d'interventions dans le contexte d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) québécois.

2) REVUE DE LITTÉRATURE

Notre revue de littérature tentera tout d'abord de dresser un portrait de la prévention en milieu clinique pour ensuite porter un regard aux éléments qui sous-tendent l'adoption de ce genre de pratique par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne.

2.1 La prévention en milieu clinique

Aux États-Unis, l'examen médical périodique est devenu populaire dans les années 1920. L'Association médicale américaine l'a par la suite endossé à la suite de l'observation de la diminution de la mortalité des assurés qui avaient eu recours à ce service (Hensrud, 2000).

Au Québec, c'est à la suite de l'instauration de la régie de l'assurance maladie du Québec en 1969 que de plus en plus de Québécois ont pris l'habitude de consulter un médecin régulièrement. C'est également dans cette deuxième moitié de vingtième siècle que plusieurs observations entre certaines pratiques de prévention et leurs bénéfices sur la santé ont été réalisées, menant à un intérêt particulier pour ce genre de pratique.

On a alors observé d'une part une réduction de la mortalité due aux maladies transmissibles en réponse à la vaccination. D'autre part, les événements cardiovasculaires (accidents cérébraux-vasculaires et maladies cardiovasculaires) ont été réduits par le traitement de l'hypertension et la diminution du taux de tabagisme et des taux de cholestérol anormaux. La diminution du tabagisme a également mené à une réduction du taux de cancer du poumon et certains autres cancers ont pu être traités grâce à des tests de dépistage. Par la suite, d'autres observations de ce genre n'ont cessé de faire croître l'attention portée à la prévention en milieu clinique.

Actuellement, les pratiques cliniques préventives (PCP) sont plus que jamais à l'ordre du jour. En effet, ce type de pratique figure parmi les articles de la Loi sur la santé publique (article 53, 2o) et est également préconisée par le Programme national de santé publique (PNS) comme l'une des stratégies d'action à mettre en œuvre pour améliorer les habitudes de vie des Québécois et par le fait même contrer le fléau des maladies chroniques (Cardinal et coll., 2003).

Les prochaines sections permettront de définir ce que sont les pratiques cliniques préventives et de valider comment les médecins et les professionnels de la santé de première ligne peuvent être impliqués dans ce genre de pratique. Ensuite, l'efficacité de ces pratiques sera discutée par le biais de la présentation de certaines études. Ces dernières ont mené à l'émission de recommandations d'organismes officiels dans le domaine qui seront également présentées. Finalement, nous regarderons les pratiques actuelles des médecins et des professionnels de la santé de première ligne face à ces recommandations.

2.1.1 Définition des pratiques préventives en milieu clinique

Il semble maintenant approprié de définir les PCP et de relever ce qui les distinguent des pratiques curatives? Selon Richer et ses collaborateurs (Richer et coll., 2004), quatre caractéristiques distinguent les pratiques préventives des pratiques curatives, soit :

1. Les pratiques préventives sont offertes proactivement (initiées par le professionnel plutôt que le patient) à des individus qui se sentent en santé ;
2. Même si la prévention est offerte sur une base individuelle, elle vise le plus souvent des groupes ou des clientèles particulières identifiées par certains facteurs de risque et donc le succès ne peut être garanti pour tous les individus ;
3. Le succès de la prévention est une absence d'événements et le patient n'a pas de symptômes pour en mesurer l'effet ;
4. Les effets de la prévention ne sont pas immédiatement observables et prennent souvent plusieurs années à survenir.

Parmi les PCP préconisées par le PNS, le counselling sur les habitudes de vie serait la pratique la plus sous-utilisée et qui serait potentiellement la plus efficace. Dans son sens large, le counselling, tel qu'entendu par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GEC-SSP), englobe un large éventail d'activités, dont l'évaluation des connaissances et de la motivation de celui à qui il s'adresse, la transmission d'informations au patient, la modification des comportements inadéquats, le renforcement des comportements désirés et le suivi des progrès à long terme (Elford et coll., 2001). Par ailleurs, le counselling est un processus orienté vers un but qui met l'accent sur la relation de coopération entre celui qui offre le counselling et celui qui le reçoit. Tout au long de ce processus, le client doit demeurer au centre des interventions.

Différents types de counselling existent selon le caractère planifié ou non de celui-ci ainsi que selon sa durée et le nombre de rencontres consacrées. Le GEC-SSP identifie trois types de counselling selon ces critères (Elford et coll., 2001). Le premier type de counselling prend la forme d'informations et de conseils donnés sur-le-champ qui ont pour but de fournir des pistes d'action au récipiendaire qui lui permettront de les mettre en œuvre de façon autonome. C'est le type de counselling qui nécessite le moins de ressources en terme de temps. Le second type de counselling est mené sous forme de quelques contacts, planifiés ou non, visant le même récipiendaire et ayant l'avantage de permettre le suivi de l'application des conseils précédemment fournis. Le dernier et troisième type de counselling est celui habituellement utilisé par les professionnels spécialisés et consiste en plusieurs sessions structurées et planifiées où l'objectif est d'aller au-delà de simples conseils.

2.1.2 Le rôle des médecins et des professionnels de la santé dans la prévention en milieu clinique

Étant donné le grand déséquilibre existant au Québec entre le nombre de médecins et d'infirmières, les professionnels de première ligne, et les professionnels spécialisés (nutritionnistes et kinésologues entre autres) ainsi que le coût relié aux services de ces derniers qui ne sont pas remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), il est évident que l'accessibilité à des services de counselling planifiés avec un professionnel spécialisé est restreinte pour la plupart des gens. De plus, on sait que 72% de la population québécoise consulte chaque année un médecin de première ligne, pour une moyenne de quatre visites annuelles (RAMQ, 2002). Cette moyenne grimpe à 90% chez les 65 ans et plus (RAMQ, 2002). Il devient donc impératif de mettre à profit ces occasions de prodiguer des soins de santé préventifs parmi la population à risque. Qui plus est, c'est la population elle-même qui positionne le fait que les praticiens offrent des services préventifs aussi bien que curatifs au cœur de leurs priorités (Grol et coll., 1999).

Les médecins jouissent également d'un lien de confiance particulier avec leurs patients par des visites régulières et à long terme. On peut penser que le même genre de lien a le potentiel de se développer avec le personnel infirmier, surtout dans le contexte des CSSS où celui-ci assure le suivi de plusieurs soins. Ce dernier serait par ailleurs plus actif en matière de

prévention et sa présence lors des visites médicales serait associée à un taux de counselling sur les saines habitudes de vie plus élevé chez les patients consultant pour une maladie chronique (Lin et coll., 2005, Hopkins et coll., 2005). Hopkins explique cette différence par le fait que la formation offerte aux infirmières est plus axée sur la promotion de la santé et la prévention des maladies avec une emphase sur le contexte familial tandis que celle des médecins est plus axée sur le diagnostic et le traitement de maladies spécifiques (Hopkins et coll., 2005). Les infirmières auraient également plus souvent contact avec des patients en santé ou encore atteints de maladies chroniques comparativement aux médecins qui ont plus fréquemment à faire face à des patients atteints de maladies aiguës (Hopkins et coll., 2005).

Le temps accordé aux discussions sur les aspects de santé préventifs pendant une visite avec les professionnels de la santé de première ligne est toutefois restreint. Selon l'étude de Beaudoin et de ses collaborateurs, le temps total moyen de ces discussions serait de 2,9 minutes et on y aborderait en moyenne 3,6 sujets différents (Beaudoin et coll., 2001). Le type de counselling qui préconise les informations et les conseils donnés sur-le-champ est donc à privilégier chez les professionnels de la santé de première ligne, et ce, même si la durée des interventions est courte. Les études démontrent en effet que le taux d'abandon du tabagisme augmentait de 10,9% à 13,4% avec une intervention de seulement trois minutes et moins comparativement à un arrêt sans interventions (Fiore et coll., 2000).

Malgré qu'une intervention plus longue par le professionnel de la santé puisse mener à un taux d'abandon du tabagisme encore plus grand (16% avec une intervention de 3 à 10 minutes et 22% avec une intervention de plus de 10 minutes), c'est surtout sur le contact total de la personne avec ce genre d'informations et/ou conseils qu'il faut miser. Le contact total inclut toutes les informations et/ou conseils donnés par l'ensemble des professionnels. C'est effectivement avec un contact total de 31 à 90 minutes que le taux d'abandon est le plus grand, soit 26,5%. Cette réussite peut donc être atteinte par seulement dix messages de professionnels (différents ou le même) de 3 à 4 minutes, ce qui s'insère bien dans la pratique de la plupart des professionnels en considérant leur contexte de travail.

Il a été également observé dans une étude portant sur les connaissances et le changement de comportement de patients en lien avec les facteurs de risque coronariens que les praticiens généralistes et les infirmières peuvent être des éducateurs efficaces tout en utilisant moins de temps que les professionnels spécialisés, dans ce cas-ci des nutritionnistes (Peiss et Rubenfire, 1995). Les consultations avec les professionnels spécialisés permettent toutefois d'augmenter la fidélité aux nouveaux comportements et le contrôle du bilan lipidique tel que relevé dans une revue de littérature portant sur onze études ayant comparé les effets de conseils prodigués par des nutritionnistes et d'autres professionnels de la santé dans la réduction du taux de cholestérol sanguin (Thompson, 2003).

Le counselling qui préconise les informations et les conseils donnés sur-le-champ par les professionnels de la santé de première ligne n'est tout de même pas à sous-estimer. Selon Mant, les actions pouvant rapporter potentiellement le plus de la part des praticiens généralistes sont la légitimation et le renforcement de l'information sur la santé offerte au public par des conseils brefs et la distribution de matériel (Mant, 1997). Ce type de counselling réfère donc la plupart du temps à un type d'interventions préventives qu'on peut appeler interventions préventives de courte durée.

2.1.3 Efficacité des interventions préventives de courte durée dispensées par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la mesure de l'efficacité de différents types d'interventions de courte durée des professionnels de première ligne. Ockene a porté son attention sur les interventions axées sur l'arrêt tabagique, l'alimentation et la consommation excessive d'alcool. Sa première étude portant sur les interventions en arrêt tabagique a évalué l'impact de trois types d'interventions sur 1 286 patients (Ockene, 1991). Le premier type d'intervention consistait seulement en des conseils, le deuxième type comprenait un counselling centré sur le patient et le troisième ajoutait au counselling la prescription d'une aide pharmacologique (gomme avec nicotine). La moitié des patients recevait également un suivi téléphonique trois mois après la rencontre avec le professionnel.

À la suite de ces interventions, la cessation à 6 mois était significativement plus élevée chez le groupe ayant reçu le counselling complet par rapport à ceux ayant reçu des conseils seulement (11,9% vs 9,1%) et encore plus chez le groupe ayant bénéficié d'une aide pharmacologique (17,4%). Le suivi téléphonique n'a pas démontré d'impact sur le taux de cessation. Il a été noté par ailleurs que les patients des groupes ayant reçu le counselling et cessé du fumer l'avaient fait plus rapidement que ceux du groupe ayant reçu seulement les conseils et que la durée d'abstinence avait été plus longue chez ces mêmes groupes. D'autre part, les patients ayant reçu le counselling étaient plus nombreux à souligner la contribution du professionnel rencontré dans leur démarche. Trois études ont d'ailleurs trouvé que le counselling en arrêt tabagique était plus efficace quand les conseils étaient propres au comportement visé, mettait l'emphasis sur les avantages à court terme du changement de comportement et terminait par l'avertissement que ce sujet ferait l'objet d'un suivi lors des prochaines rencontres (Virginia et coll., 1987).

La deuxième étude d'Ockene, le « Worcester Area Trial for Counselling in Hyperlipidemia (WATCH) », avait pour objectif d'évaluer l'efficacité seule d'un programme de formation pour les médecins afin qu'ils offrent du counselling en nutrition à leurs patients en combinaison avec un programme de soutien dans l'environnement de travail des médecins (Ockene et coll., 1999). Au total, 1 162 patients ayant un taux de cholestérol anormal ont été admis dans l'étude. Trois groupes de patients étaient évalués, soit le groupe contrôle recevant les soins usuels, le groupe ayant reçu un counselling par le médecin ainsi que le groupe ayant reçu un counselling par le médecin et pour lequel un environnement de travail soutenant était mis en place. Pour effectuer leur counselling, les médecins ont reçu une formation de cinq heures en plus d'un coaching individuel de trente minutes.

Le counselling sur le plan alimentaire tel qu'enseigné aux médecins, comprenait les éléments suivants : conseiller le changement alimentaire en utilisant des informations personnelles sur le patient pour renforcer le besoin de changement, revoir les habitudes alimentaires du patient, prioriser les sources de gras, développer un plan pour le changement et finalement convenir d'un suivi. Le programme de soutien consistait en des rappels pour le

médecin. Une copie du bilan lipidique du patient ainsi qu'un algorithme sur le counselling étaient par exemple mis en évidence sur le dossier du patient avant sa rencontre.

C'est dans le groupe pour lequel un système de soutien avait été mis en place pour les médecins qu'une efficacité a été rapportée un an après les interventions, plus précisément sur le plan du pourcentage de l'énergie provenant des gras saturés (diminution de 10,3%), de la perte de poids (perte moyenne de 2,3 kg de plus que le groupe contrôle) et de l'amélioration du profil des LDL de l'ordre de 0,10 mmol. Le temps de counselling des groupes à l'étude était seulement cinq minutes plus élevé que dans le groupe contrôle. Des résultats similaires ont également été observés dans le cadre d'une autre étude avec une intervention de moins de trois minutes de la part des médecins incluant la remise d'un guide de santé au patient (Beresford et coll., 1997). Tout comme dans l'étude d'Ockene, le guide était placé en évidence dans le dossier du patient afin de rappeler au médecin de lui remettre et d'effectuer une intervention de courte durée.

Ces études démontrent que des résultats intéressants peuvent être obtenus par une intervention relativement simple mettant l'accent sur la mise en place d'un système soutenant pour le médecin. Les médecins affirment d'ailleurs qu'ils pourraient obtenir jusqu'à 6 fois plus de succès s'ils avaient le soutien approprié (Valente et coll., 1986). À ce sujet, ils mentionnent les informations sur les endroits où référer les patients (91%), la formation sur des sujets spécifiques (exercice et nutrition) (85%), les dépliants à remettre aux patients (83%), la formation sur le changement de comportement (81%), les questionnaires sur les facteurs de risque pré imprimés (81%), la formation pour le personnel de soutien (76%) ainsi que des vidéos à utiliser avec les patients (70%). Dans le cas de l'étude d'Ockene, le coût de ce genre d'intervention a été estimé à 1,86\$ US par patient par année, un coût très intéressant si on le compare aux coûts que peuvent engendrer la prise de médication et les soins de santé requis lors de complications liées aux maladies chroniques.

La troisième étude de Ockene porte sur les désordres liés à la consommation excessive d'alcool (Ockene et coll., 1999). L'échantillon était de 530 personnes. Prenant en considération le succès de son étude précédente avec le système de soutien dans

l'environnement de travail du professionnel, le même système a été mis en place. L'intervention consistait en un counselling bref de cinq à dix minutes, centré sur le patient. Il est à noter que dans le cas de cette étude, les interventions étaient réalisées par des médecins et des infirmières, les autres études d'Ockene auparavant discutées ayant analysé les interventions provenant des médecins seulement. Un fort pourcentage (91%) des patients ayant reçu l'intervention a diminué de façon significative sa consommation d'alcool six mois après l'intervention.

2.1.4 Recommandations d'organismes officiels sur les pratiques cliniques préventives

À la suite de ces démonstrations de l'efficacité des interventions de prévention de courte durée, le GEC-SSP a émis des recommandations quant au counselling préventif sur les saines habitudes de vie offert par les professionnels de la santé de première ligne. Ces recommandations sont basées sur une méthodologie rigoureuse qui leur permet d'évaluer chaque intervention sur les bases de son efficacité et de son innocuité. Les États-Unis, par le biais du U.S. Preventive services task force (USPSTF), ont suivi peu de temps après avec leurs recommandations et une collaboration entre les deux groupes s'est rapidement établie pour l'analyse des écrits scientifiques. Toutefois, les recommandations émises entre les deux groupes peuvent parfois différer, celles provenant du groupe canadien étant souvent plus conservatrices.

Le **tableau I** présente les recommandations des deux groupes concernant le counselling sur les saines habitudes de vie accompagnées de la force de ces recommandations selon le lexique propre à chacun des groupes ainsi que la date de l'émission de la recommandation (1994 pour le GEC-SSP et 2003 pour le USPSTF). Il est à noter que les recommandations en ce qui a trait à l'alimentation concernent un counselling intensif de six séances de 30 minutes, les interventions de courte durée n'ayant pas été testées dans ce cas.

Tableau I
**Recommandations canadiennes et américaines en matière de prévention
chez les adultes – volet counselling**

Counselling	GEC-SSP (Canada)	USPSTF (États-Unis)
Arrêt du tabac - counselling	A (1994)	A (2003)
Activité physique - counselling	C (1994)	I (2002)
Alimentation – counselling diététique intensif (6 séances de 30 minutes)	B (1994)	B (2003)

Lexique des abréviations

GEC-SSP :

A = Données suffisantes pour recommander l'intervention

B = Données acceptables

C = Données controversées pour appuyer ou non la recommandation de l'intervention

USPSTF :

A = Fortement recommandées (preuves suffisantes)

I = Ni recommandées ni déconseillées (preuves insuffisantes)

B = Recommandées (preuves suffisantes)

La Health development agency (HDA) a revu pour sa part en 2004 toutes les preuves concernant les interventions en santé publique et les a mises en évidence dans son document intitulé « The evidence of effectiveness of public health interventions – and the implications » (Kelly, 2004). En ce qui a trait au tabac, l'alimentation et la pratique de l'activité physique, les trois habitudes de vie les plus ciblées lorsqu'il est question de maladies chroniques, le document recommande que les interventions brèves par les médecins et les professionnels de soins de première ligne fassent partie de toutes consultations. Concernant le tabac, le document stipule également que les professionnels devraient être au fait que l'augmentation du temps de contact augmente l'efficacité de telles pratiques.

2.1.5 Pratiques actuelles des les médecins et des professionnels de la santé de première ligne à l'égard des pratiques cliniques préventives

L'utilisation de ce type d'intervention sur les saines habitudes de vie dans la pratique des professionnels de la santé est encore bien loin des recommandations. Au Canada, une étude auprès des médecins omnipraticiens de l'Ontario a révélé que de façon générale les recommandations de force A énoncées par le GEC-SSP, soit celles pour lesquelles les données sont suffisantes pour recommander l'intervention, étaient appliquées dans seulement 65% des cas et dans 31% des cas pour les recommandations de force B, soit celles pour lesquelles les données sont acceptables (Hutchinson et coll., 1998).

Par ailleurs, Stange et ses collaborateurs ont observé dans une étude menée aux États-Unis que les actes préventifs de dépistage et ceux reliés à la vaccination sont beaucoup plus fréquents que ceux reliés au counselling sur les saines habitudes de vie. En effet, les patients de l'échantillon de visites médicales observées (4 049 visites) étant à jour pour 55% des recommandations au niveau du dépistage, 24% des recommandations en lien avec la vaccination et pour seulement 9% des recommandations sur le counselling sur les saines habitudes de vie (Stange et coll., 2000).

Beaudoin et ses collaborateurs énoncent toutefois des chiffres plus encourageants à ce niveau. Son équipe a en effet observé en écoutant les bandes audio de 148 visites médicales annuelles délivrées par 35 médecins de famille différents exerçant dans la région métropolitaine que 90% des visites contiennent des discussions sur les habitudes de vie (Beaudoin et coll., 2001). Malgré la forte proportion d'actes préventifs observée dans cette étude, ceux-ci semblent représenter un faible pourcentage du temps total des visites dans lesquelles ils prennent place. En effet, seulement 10% du temps total de ces visites serait occupé par les discussions en lien avec les habitudes de vie chez les patients que les médecins considèrent en bonne santé (Beaudoin et coll., 2001).

La différence quant à l'observation d'actes préventifs de counselling entre les deux études peut s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, il faut savoir que l'étude de Stange se situe dans un contexte américain tandis que celle de Beaudoin a été réalisée dans

le contexte québécois. De plus, les visites observées dans le cas de l'étude de Stange ne regroupaient pas seulement des visites de santé annuelles, mais aussi des visites pour des conditions aiguës, tandis que l'étude de Beaudoin concernait seulement des visites de santé annuelles. Il sera en effet discuté plus loin que le type de visite peut influencer la prestation ou non de counselling sur les habitudes de vie. Finalement, dans l'étude de Stange, malgré la moyenne de 9% pour le counselling sur les saines habitudes de vie en général, certains sujets semblent être discutés plus fréquemment que d'autres, tel le counselling en lien avec le tabac qui est abordé dans 38% des visites de santé.

C'est par ailleurs le sujet pour lequel les médecins affirment effectuer le plus d'actes de prévention. En effet, dans une étude réalisée au Québec auprès de 1 086 médecins de famille qui ont reçu un questionnaire auto administré afin d'évaluer leurs pratiques de prévention, 82,2% des répondants (taux de réponse de 72,6%) disent évaluer régulièrement l'usage du tabac auprès de leurs patients (Maheux et coll., 1999). Ces résultats concordent avec ceux d'une étude menée aux États-Unis où plus de 80% des médecins affirmaient aussi demander régulièrement l'usage du tabac, avertir d'arrêter de fumer ceux qui fumaient, évaluer la motivation à arrêter ou discuter de plans pour arrêter (Lawrence et coll., 2004). Une enquête sur les pratiques de counselling en abandon tabagique a également été menée auprès de 500 infirmières québécoises via l'envoi postal d'un questionnaire auto administré (Tremblay et coll., 2005). Un taux de réponse de seulement 52% a été obtenu à la suite de trois envois, ce qui invite à la prudence dans la généralisation des résultats. Cette enquête révèle que c'est lors de la première visite que le plus grand nombre d'infirmières (62% des répondantes) déterminent le statut tabagique chez plus de la moitié des clients qu'elles rencontrent.

Au Québec, après l'usage du tabac, le poids, la diète et la nutrition ainsi que l'activité physique seraient les sujets les plus fréquemment discutés avec les patients (Beaudoin et coll., 2001). Dans une étude australienne et américaine, on a trouvé que les maladies cardiovasculaires, les dyslipidémies, l'obésité, le diabète, l'hypertension et les désordres du système digestif représentent des conditions pour lesquelles le médecin est le plus susceptible d'offrir des conseils de l'ordre de la nutrition (Helman, 1997 et Mant, 1997). Plusieurs discussions sur les saines habitudes de vie en général sont en effet introduites dans le

contexte d'une condition médicale connue et ce serait le médecin qui les initierait dans près de 70% des cas selon une étude ayant analysé des visites médicales de 11 régions géographiques des États-Unis et du Canada (Russell et Roter, 1993).

Toutefois, dans l'ensemble des études ayant évalué les pratiques actuelles des médecins et des professionnels de la santé, il est possible de noter la faible utilisation de techniques propres au counselling centré sur le patient. La plupart des discussions sont en effet unidirectionnelles dans le sens où elles consistent pour une bonne proportion (47%) à donner de l'information et des éléments rationnels pour changer (Russell et Roter, 1993). Par rapport à l'arrêt tabagique, un faible pourcentage d'infirmières (au plus 30%) discute des tentatives antérieures d'abandon tabagique du patient, de ses inquiétudes liées à l'abandon du tabac et des stratégies pour cesser de fumer, et ce, même chez les fumeurs qui se préparent à cesser de fumer (Tremblay et coll., 2005). En nutrition, 95% des médecins qui abordent ce sujet avec leurs patients décrivent les bénéfices pour la santé d'une meilleure alimentation, mais aussi peu que 13,4% évaluent la perception du patient face à ce type d'alimentation (Ammerman, 1993). De plus, seulement le tiers des visites pour lesquelles une discussion sur les habitudes de vie a eu lieu se terminent par l'émission de recommandations individualisées (Russell et Roter, 1993 et Ammerman et coll., 1993).

Quant au soutien offert, la remise de matériel éducatif se fait suite à près du tiers des discussions sur les habitudes de vie (Russell et Roter, 1993 et Ammerman, 1993). Toutefois, seulement 12% des médecins ont rapporté offrir de l'assistance et un suivi dans ce cas-ci à leurs patients fumeurs (Lawrence et coll., 2004), ce qui ne diffère pas des données d'une autre étude qui a évalué que les médecins fixaient des visites de suivi pour 11% des discussions reliées aux habitudes de vie (Russell et Roter, 1993). Les médecins et les professionnels de la santé ne semblent pas plus référer à des professionnels spécialisés afin d'assurer le suivi de leurs patients au niveau des habitudes de vie. En effet, moins de 20% des médecins opteraient pour une référence à un professionnel spécialisé (Russell et Roter, 1993). De façon similaire, moins de 15% des médecins disaient référer à des programmes de cessation tabagique dans un sondage ayant eu lieu aux États-Unis en 1980, ce qui est très peu même en considérant la faible présence de ce genre de programmes à ce moment (Orleans et coll.,

1985). D'ailleurs, même de nos jours où des Centres d'abandon du tabac existent dans chaque région desservie par un CSSS, seulement 7% des infirmières québécoises affirment diriger plus de la moitié de leurs patients qui se préparent à arrêter de fumer vers ce genre de services (Tremblay et coll., 2005).

2.2 L'adoption de pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne

Plusieurs facteurs influencent l'adoption des PCP par les médecins et les professionnels de la santé. La section suivante traitera d'abord des attitudes de ceux-ci sur ce type de pratique et des principales barrières à l'adoption des PCP dans leur contexte de travail. Ensuite, les principaux modèles explicatifs de l'adoption des PCP seront décrits pour finalement énoncer l'ensemble des facteurs qui ont été identifiés par la littérature comme ayant un impact sur l'adoption de PCP.

2.2.1 Les attitudes des médecins et des professionnels de la santé de première ligne par rapport à l'adoption de pratiques cliniques préventives

Malgré les différents niveaux d'application des recommandations en lien avec le counselling sur les habitudes de vie de la part des médecins et des professionnels de première ligne ainsi que les différentes techniques de counselling utilisées, les médecins croient depuis plusieurs années qu'ils devraient effectuer des activités de prévention (Valente et coll., 1986, Brotons et coll., 2005). La Direct Observation of Primary Care Study réalisée auprès de 128 médecins de première ligne révèle que plus de 80% de ces médecins pensent que la prévention est un aspect important ou très important de leur pratique (Litaker et coll., 2005).

Par ailleurs, une forte proportion d'une population de 496 médecins généralistes provenant de la Suisse française (96%) se dit motivée à implanter des activités de prévention dans leur pratique quotidienne (Cornuz et coll., 2000). L'ensemble de ces mêmes médecins sondés croit que la prévention est une de leurs responsabilités en tant que médecin. Kushner a pour sa part trouvé que les trois quarts des médecins croyaient que le counselling sur l'alimentation était important et que c'était leur rôle d'aborder ce sujet avec les patients

(Kushner, 1995). Fait intéressant, les infirmières ont parfois l'impression que le rôle d'aborder certains sujets leur revient plus à elles qu'aux médecins. Dans l'étude de Lock et de ses collaborateurs, elles considéraient que parler des problèmes de consommation excessive d'alcool était plus le rôle d'une infirmière que celui d'un médecin (Lock et coll., 2002). Le manque de clarté concernant l'appropriation de ce rôle amènerait par ailleurs une confusion inconfortable pour certains professionnels (Brotons et coll., 2005).

Tous les actes de prévention ne se situent pas au même niveau d'importance selon la perception des médecins. La population de médecins suisses français de l'étude de Cornuz et de ses collaborateurs en a placé quelques-uns en ordre d'importance. Ainsi, on retrouve le contrôle de la tension artérielle en premier, l'évaluation du taux de cholestérol en deuxième, le counselling sur l'arrêt tabagique en troisième, suivi du counselling sur la nutrition (Cornuz et coll., 2000). Le dépistage de la consommation excessive d'alcool, la prévention du sida, le dépistage du cancer du sein ainsi que le dépistage du cancer du côlon seraient des actes considérés moins importants par rapport à ceux mentionnés précédemment (Cornuz et coll., 2000).

2.2.2 Les barrières à l'adoption de pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne

Même si la prévention semble revêtir une grande importance dans la communauté des professionnels de la santé, plus de la moitié des médecins affirment dans une étude européenne effectuée auprès de 2 082 médecins qu'il est difficile de mener des activités de prévention (Brotons et coll., 2005). Plusieurs barrières sont en effet perçues par les médecins pour effectuer des activités de prévention. Le manque de temps semble être la barrière la plus citée (Ammerman et coll., 1993, Arborelius et Bremberg, 1994, Kushner 1995, Helman, 1997, Cornuz et coll., 2000, Brotons et coll., 2005). L'éditorial de Frank fait même référence à une étude dans laquelle 70% des médecins avaient cité le manque de temps comme étant un des principaux éléments dissuasif pour effectuer du counselling sur les habitudes de vie auprès des patients (Frank et Kunovich-frieze, 1995). Le manque de temps ainsi que la perception du manque d'intérêt de la part des patients seraient par ailleurs les barrières les plus associées au counselling comparativement aux autres activités de prévention (Cornuz et coll., 2000).

Le counselling sur la nutrition ainsi que le counselling sur la consommation excessive d'alcool représentent les deux activités de prévention pour lesquelles les barrières seraient les plus souvent considérées comme étant importantes et seraient donc parmi les activités de prévention les plus difficiles à mener (Cornuz et coll., 2000). Les médecins expliquent cette difficulté au niveau du counselling en nutrition par le manque de formation sur le counselling ainsi que le manque de connaissances sur la nutrition (Kushner, 1995, Helman 1997, Cornuz et coll., 2000). Le manque de matériel éducatif intéressant ne facilite également pas la tâche des médecins à ce niveau (Ammerman et coll., 1993, Kushner, 1995). Le remboursement inadéquat des actes de prévention semble également ralentir les ardeurs des médecins à effectuer ce genre d'interventions (Frank et Kunovich-frieze, 1995, Kushner, 1995, Brotons et coll., 2005). D'autre part, le manque de consensus au niveau des recommandations sur les actes de prévention amène probablement les médecins à éviter d'aborder certains sujets avec leurs patients (Brotons et coll., 2005). De plus, la non adhésion des patients à ces recommandations et la perception qu'ils rejeteront les traitements et les références pour le changement de comportement ne les incitent pas à en discuter avec eux (Oleans et coll., 1985, Kushner, 1995).

Les médecins doutent également beaucoup de leurs compétences pour amener des changements significatifs dans les habitudes de vie, en particulier au niveau de la nutrition (Oleans et coll., 1985, Ammerman et coll., 1993, Kushner, 1995, Helman, 1997). Certains sont même tout simplement pessimistes quant à l'efficacité du counselling qu'ils peuvent offrir (Arborelius et Bremberg, 1994). Ces constatations sont dommageables lorsqu'on sait que le fait d'être confiants par rapport à ses habiletés en counselling et de croire que le counselling offert aide les patients à changer de comportement influencent les pratiques des médecins et probablement celles également des autres professionnels de la santé (Ammerman et coll., 1993, Jiang et coll., 2007). D'ailleurs, il a été observé que les attitudes, les croyances ainsi que les comportements personnels des médecins et des professionnels de la santé sont des facteurs prédisant les pratiques préventives plus importants que les connaissances et les habiletés en la matière (Ewart et coll., 1983, Ammerman et coll., 1993).

2.2.3 Modèles explicatifs des conditions favorisant l'adoption des pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne

Outre les barrières perçues par les professionnels de la santé qui peuvent freiner la réalisation d'interventions de prévention offertes par ces derniers, plusieurs facteurs ont été étudiés dans la littérature comme ayant un impact sur la prestation de ce type d'interventions. Quelques auteurs ont même élaboré des modèles afin d'expliquer le fait que les professionnels vont offrir ou non des services préventifs.

Le modèle classique pour décrire le comportement humain en lien avec les soins préventifs est le modèle des croyances en santé (Godin, 1991). À son origine, vers les années 1950, le modèle était une tentative pour comprendre le fait que certaines personnes n'acceptaient pas de passer certains tests de dépistage pour la détection hâtive de maladies asymptomatiques, tel le cancer du poumon. Par la suite, il a été utilisé pour comprendre les comportements associés à la prévention des maladies, par exemple la vaccination, et à l'observance des prescriptions médicales.

Le modèle des croyances en santé suppose que le comportement dépend de la valeur qu'un individu attribue à un but, dans le cas de la prévention, le désir d'éviter la maladie, et de la probabilité qu'une action particulière, telle une activité de prévention, atteigne ce but. Les dimensions du modèle incluent la perception d'une menace pour la santé, la perception de la sévérité de la menace, la perception des barrières à poser l'action recommandée ainsi que la perception des bénéfices que peut amener l'action recommandée. Ces dimensions sont influencées par des facteurs additionnels qui interagissent pour déterminer la probabilité d'un comportement donné.

Ce modèle comporte toutefois quelques limites pour être adéquatement représentatif des comportements de prévention. Tout d'abord, le modèle porte son attention seulement sur le patient et ne considère pas la contribution du médecin à la prévention. Ensuite, il met l'accent sur les attitudes et les croyances du patient, sans aborder les notions d'habiletés, de ressources ou de soutien social. Finalement, les facteurs organisationnels ainsi que les caractéristiques de l'activité de prévention ne sont pas mis en lumière.

Green et ses collègues ont également proposé plus récemment un modèle visant à mieux comprendre les nombreux facteurs facilitant ou posant obstacle à la pratique de la prévention clinique par les professionnels de la santé. Les différents facteurs trouvés ont été par la suite regroupés selon une catégorisation bien connue aujourd'hui, soit les facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement (Green et coll., 1988, Walsh et McPhee, 1992, Jaen et coll. 1994). Les facteurs prédisposants sont les facteurs qui élèvent la motivation à entreprendre un certain comportement. Les facteurs facilitateurs quant à eux incluent les habiletés et les ressources nécessaires pour effectuer le comportement. Les éléments qui soutiennent ou récompensent le comportement désiré sont considérés pour leur part comme des facteurs de renforcement. Le modèle spécifie également que les facteurs prédisposants doivent être en place avant de travailler sur les facteurs facilitateurs et la même règle s'applique pour ce qui est des facteurs facilitateurs et des facteurs de renforcement.

Suite au modèle de Green, il y a eu celui de Walsh et McPhee, nommé le modèle des systèmes de soins cliniques préventifs (Walsh et McPhee, 1992). Ce modèle rassemble les différents facteurs selon les catégories émises par le modèle de Green qui fut largement reconnu, soit les facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement. Toutefois, ce modèle analyse ces facteurs autant du point de vue du professionnel de la santé que de celui du patient, contrairement à Green qui laissait supposer que ces facteurs influençaient seulement le patient. Le modèle des systèmes de soins cliniques préventifs met également l'accent sur l'interaction professionnel-patient comme influence des comportements préventifs.

Walsh et McPhee considèrent les connaissances, les attitudes, les croyances ainsi que la perception du médecin de la préoccupation de son patient envers la prévention comme faisant partie des facteurs prédisposants (Walsh et McPhee, 1992). Les habiletés ainsi que l'organisation de la pratique, tel qu'un système de rappel ou un système de remboursement seraient des facteurs facilitants. Le soutien des pairs, le feed-back positif des patients ou encore leur changement de comportement seraient quant à eux des exemples de facteurs de renforcement. L'ensemble de ces facteurs est reconnu par les auteurs du modèle comme influençant les comportements préventifs, soit toutes les actions qui sont entreprises par une personne dans le but de prévenir une maladie ou de détecter une maladie à un stade asymptomatique. Ces actions comprennent autant celles entreprises par le patient que celles entreprises par le professionnel de la santé. Le modèle de Walsh et McPhee prend également en considération d'autres facteurs que les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement, soit les facteurs organisationnels du système de soins de santé, les caractéristiques de l'action de prévention ainsi que certains indices à l'action. Ces facteurs sont placés au centre du modèle et peuvent ainsi influencer autant le professionnel de la santé que le patient.

Jaén et ses collaborateurs ont également développé leur modèle basé sur la prémisse que les professionnels de la santé sont confrontés à plusieurs demandes lors de leurs consultations qui peuvent entrer en compétition avec les services de prévention étant donné le peu de temps dont ils disposent durant celles-ci (Jaén et coll., 1994). Leur modèle, nommé le modèle de la compétition des demandes, stipule également que les différents services de prévention luttent aussi l'un contre l'autre, un même professionnel ne pouvant souvent en accomplir plusieurs au cours d'une consultation.

Le modèle énonce trois composantes qui peuvent influencer la prestation de soins préventifs, et réfère seulement aux comportements du professionnel de la santé et non aux comportements de prévention que le patient peut avoir comme dans le cas du modèle de Walsh et McPhee. Ces composantes sont le médecin, le patient ainsi que l'environnement de pratique. Par rapport au médecin, ses attitudes, ses habiletés, sa perception que sa pratique

se rapproche de celle de ses confrères ainsi que le type de visite sont reconnus comme faisant partie des facteurs en lien avec celui-ci et pouvant donc influencer la prestation de soins préventifs. Les attitudes et les habiletés du patient ainsi que ses demandes par rapport à la visite font partie des facteurs liés à celui-ci. Quant à l'environnement de pratique, la structure de paiement, les pratiques de l'organisation, l'implication des autres professionnels de la santé considérés comme des alliés, les caractéristiques de la communauté de pratique ainsi que les demandes alternatives formulées par l'entourage du médecin sont citées par le modèle comme pouvant influencer la prestation de soins préventifs.

2.2.4 Synthèse des facteurs en lien avec l'adoption de pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels de la santé de première ligne

Le **tableau II** présente une synthèse des facteurs en lien avec l'adoption de PCP présentés précédemment en plus de ceux rencontrés dans la littérature qui ne sont pas associés à un modèle spécifique. Ces facteurs ont été regroupés en trois groupes, soit les facteurs en lien avec les professionnels, ceux en lien avec la clientèle ainsi que ceux en lien avec l'environnement de pratique. Pour chacun des groupes, des facteurs ont été précisés, soit les facteurs prédisposants, facilitants ou encore de renforcement.

Tableau II
Synthèse des facteurs en lien avec l'adoption de PCP

Facteurs	Lien avec les PCP (références)
1) Facteurs liés aux professionnels	
<u>Facteurs prédisposants</u>	
Facteurs démographiques	Les pratiques préventives seraient plus nombreuses chez les médecins et les professionnels de la santé de sexe féminin et plus jeunes (Walsh et McPhee, 1992, Frank et Kunovich-frieze, 1995).
Pratiques de santé personnelles	Les pratiques préventives seraient augmentées chez les médecins et les professionnels de la santé ayant eux-mêmes de bonnes habitudes de vie (Walsh et McPhee, 1992, Ammerman et coll., 1993, Jaen et coll., 1994, Frank et Kunovich-frieze, 1995, Frank et coll., 2002, Frank et coll., 2003, Brotons et coll., 2005). Cette condition ferait également en sorte que le sentiment d'efficacité à effectuer des interventions de préventions serait plus grand chez les médecins et les professionnels de la santé ayant de bonnes habitudes de vie (Brotons et coll., 2005).
Croyances	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception du niveau de connaissances du patient ▪ Perception du niveau de réceptivité du patient ▪ Perception de l'état de santé du patient ▪ Conception du rôle de professionnel de la santé ▪ Perception de l'efficacité des interventions préventives 	<p>Les médecins et les professionnels de la santé ont tendance à surestimer le niveau de connaissances du patient sur les saines habitudes de vie et donc à discuter moins de ces sujets avec eux (Walsh et McPhee, 1992).</p> <p>Les médecins et les professionnels de la santé ont moins tendance à discuter des habitudes de vie s'ils sentent les patients moins réceptifs (Walsh et McPhee, 1992).</p> <p>Plus le médecin ou le professionnel de la santé perçoit que l'état de santé du patient est faible, plus il aura tendance à parler de nutrition avec lui (Beaudoin et coll., 2001).</p> <p>Les médecins et les professionnels de la santé doivent sentir que c'est leur rôle de discuter des habitudes de vie avec leurs patients pour le faire (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994).</p> <p>Les médecins et les professionnels de la santé doivent être convaincus que le fait de discuter des habitudes de vie peut avoir un impact sur le mode de vie de leurs patients pour le faire (Walsh et McPhee, 1992).</p>
Attitudes	Le fait de considérer les interventions de prévention comme importantes et non ennuyeuses augmente ces interventions (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994, Frank et Kunovich-frieze, 1995, Lopez-de-Munain et coll., 2000, Lawrence et coll., 2004, Brotons et coll., 2005).

Tableau II (suite)

Facteurs	Lien avec les PCP (références)
1) Facteurs liés aux professionnels (suite)	
<u>Facteurs prédisposants (suite)</u>	
Efficacité personnelle	Se sentir capable d'effectuer des interventions de prévention augmente ces interventions (Walsh et McPhee, 1992, Litaker et coll., 2005).
<u>Facteurs facilitants</u>	
Niveau de formation sur les habitudes de vie	Les formations pour les médecins et les professionnels de la santé sont associées à une augmentation des interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Maheux et coll., 1999, Lawrence et coll., 2004).
Habilités en communication	Les habiletés en communication facilitent les interventions de prévention (Waitzkin, 1984, Jaén et coll., 1994).
Connaissances des recommandations actuelles	La connaissance des recommandations actuelles augmente les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994).
<u>Facteurs de renforcement</u>	
Soutien et approbation des pairs	Le soutien et l'approbation des pairs renforcent les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992).
Discussions avec les pairs	Les discussions avec les pairs sur les pratiques de prévention augmentent ces pratiques (Walsh et McPhee, 1992).
Pratiques des pairs	Sentir que la pratique des pairs s'approche de la leur incite les médecins et les professionnels de la santé à effectuer des interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994).
2) Facteurs liés à la clientèle	
<u>Facteurs prédisposants</u>	
Facteurs démographiques	Les hommes sont plus susceptibles de recevoir des conseils sur les saines habitudes de vie (Little et coll., 1999, Beaudoin et coll., 2001). Plus les patients sont âgés, plus ils reçoivent également ces conseils (Flocke et coll., 1998, Beaudoin et coll., 2001). Le groupe d'âge des 45-70 ans entend plus souvent parler de nutrition et d'activité physique tandis que les 45-54 ans entendent plus souvent parler d'arrêt tabagique (Beaudoin et coll., 2001). Un statut socio-économique ainsi qu'un niveau d'éducation plus élevés prédisposent les patients à recevoir des interventions de prévention (Waitzkin, 1984, Walsh et McPhee, 1992).

Tableau II (suite)

Facteurs	Lien avec les PCP (références)
2) Facteurs liés à la clientèle (suite)	
<u>Facteurs prédisposants (suite)</u>	
Croyances et attitudes sur les saines habitudes de vie	Les croyances et les attitudes des patients sur les saines habitudes de vie peuvent rendre les interventions de prévention plus difficiles si elles sont négatives (Walsh et McPhee, 1992).
<u>Facteurs facilitants</u>	
Connaissance préalable du patient par le médecin ou le professionnel de la santé	Moins de discussions sur les saines habitudes de vie ont lieu avec les patients déjà connus du médecin ou du professionnel de la santé, surtout par rapport à l'arrêt tabagique et à la nutrition (Flocke et coll., 1998, Beaudoin et coll., 2001).
Condition de santé/Habitudes de vie	Le médecin ou le professionnel de la santé effectuent plus souvent des interventions de prévention chez les patients présentant des facteurs de risque de maladies chroniques ou qui possèdent de mauvaises habitudes de vie (Jaén et coll., 1994, Flocke et coll., 1998, Beaudoin et coll., 2001).
Consultation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raison de consultation ▪ Type de visite ▪ Fréquence des visites ▪ Initiation de la visite 	<p>Si la raison de consultation est liée à une maladie chronique, le médecin ou le professionnel de la santé aura plus tendance à effectuer une intervention de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1998, Flocke 1998).</p> <p>Les médecins et les professionnels de la santé effectuent plus d'interventions de prévention lors des visites de santé générale comparativement aux visites pour des soins aigus (Jaén et coll., 1994, Jaén et coll., 1998, Hahn et Olson, 1999, Stange et coll., 2000, Beaudoin et coll., 2001, Litaker et coll., 2005). De plus, moins d'interventions sont effectuées lors des visites de suivi (Mamon et Paccagnella, 1991).</p> <p>Plus d'interventions de prévention sont effectuées si le patient a eu peu de visites dans la dernière année (Flocke 1998).</p> <p>Peu d'interventions de prévention sont effectuées lorsque c'est le médecin qui initie la visite comparativement à lorsque c'est le patient (Mamon et Paccagnella, 1991, Beaudoin et coll., 2001).</p>
Demande du patient pour des services de prévention	Le patient est plus susceptible de recevoir un ensemble d'interventions de prévention s'il en fait la demande pour certains aspects (Jaén et coll., 1994).

Tableau II (suite)

Facteurs	Lien avec les PCP (références)
2) Facteurs liés à la clientèle (suite)	
<u>Facteurs de renforcement</u>	
Dépistage de cas lors des interventions	Se rendre compte qu'un patient a un mauvais comportement de santé parce qu'on lui a posé la question augmente les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992). Toutefois, le dépistage négatif à plusieurs reprises peut avoir l'effet inverse (Walsh et McPhee, 1992).
Satisfaction des patients par rapport aux interventions prévention	La perception de la satisfaction des patients face aux interventions de prévention augmente ces interventions (Walsh et McPhee, 1992).
3) Facteurs liés à l'environnement de pratique	
<u>Facteurs prédisposants</u>	
Milieux propices aux interventions préventives	Les interventions de prévention sont plus fréquentes dans les cliniques médicales privées que dans les cliniques externes des milieux hospitaliers (Lin et coll., 2005).
<u>Facteurs facilitants</u>	
Indices à l'action	Les outils de rappel dans le milieu augmentent les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994).
▪ Outils de rappel dans le milieu	
Facteurs logistiques	Les pratiques préventives sont facilitées si le temps de visite est suffisant (Walsh et McPhee, 1992). Le remboursement des actes de prévention encourage les médecins et les professionnels de la santé à en effectuer (Jaén et coll., 1994).
Disponibilité de matériel éducatif à remettre aux patients	La disponibilité de matériel éducatif à remettre aux patients augmente les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992).
Outils pour les médecins et les professionnels de la santé	L'utilisation de feuille de suivi facilite les interventions de prévention (Jaén et coll., 1994, Ockene et coll., 1999, Litaker et coll., 2005).
Implication des autres professionnels de la santé	L'implication de d'autres professionnels de la santé est parfois plus efficace que celle du médecin et peut augmenter les interventions de prévention (Jaén et coll., 1994).
Autres demandes du milieu	Si trop de demandes n'ayant pas de lien avec la prévention sont adressées aux médecins ou aux professionnels de la santé par le milieu, moins d'interventions de prévention seront effectuées (Jaén et coll., 1994).

Tableau II (suite)

Facteurs	Lien avec les PCP (références)
<u>Facteurs de renforcement</u>	
Travail de groupe	Le travail de groupe entre les médecins et les professionnels de la santé renforce les pratiques de prévention (Lopez-de-Munain et coll., 2001).
Priorités organisationnelles	Les interventions de prévention doivent faire partie des priorités organisationnelles pour être effectuées dans le milieu (Walsh et McPhee, 1992).
Coordination avec les ressources de la communauté	Une bonne coordination avec les ressources de la communauté pour le suivi des interventions de prévention augmente ces interventions (Walsh et McPhee, 1992).

3) PROBLÉMATIQUE

En 2003, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) déposait son premier Programme national de santé publique. Ce programme oriente l'action en santé publique pour les dix années suivant sa publication, soit de 2003 à 2012.

Dans une optique de prévention, le programme énonce les activités à mettre en œuvre durant les années de son application afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que surgissent ou se développent des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux à l'échelle de la population québécoise.

Les activités en lien avec les différentes fonctions de la santé publique se retrouvent dans divers domaines d'intervention. Parmi ceux-ci, on retrouve le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques. Ce domaine traite des maladies caractérisées par une origine non-contagieuse, par le cumul et l'interaction d'un ensemble de déterminants et de facteurs de risque tout au long de la vie d'une personne, par une période de latence et un cours prolongé par des dérangements fonctionnels ou des incapacités et, souvent, par l'incurabilité (Lévesque, 2001). Les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, l'asthme, l'ostéoporose, l'obésité ainsi que les maladies buccodentaires sont considérées comme des maladies chroniques.

Tel que mentionné précédemment, les maladies chroniques sont en partie évitables par l'adoption de saines habitudes de vie, en particulier le non-tabagisme, une saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique. Tenant compte de ces faits, le programme énonce des objectifs concrets quant à la réduction des maladies chroniques ainsi qu'en ce qui a trait à l'adoption de saines habitudes de vie.

Concernant les habitudes de vie, les objectifs sont au niveau du tabac de réduire son usage chez les jeunes de moins de quinze ans, de réduire de 24% à 18% la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui fument ainsi que de réduire l'exposition à la fumée du tabac

dans l'environnement. Pour ce qui est de l'alimentation, on vise à augmenter à 80% la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de légumes et de fruits par jour en plus de réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8%. Finalement, en ce qui concerne l'activité physique, les objectifs sont d'augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans et d'augmenter de 5% la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique, soit de 30 minutes d'intensité modérée par jour.

Une des stratégies retenues dans le Programme national de santé publique en vue d'atteindre les objectifs énumérés ci-haut est en lien avec la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives et est commune aux trois habitudes de vie concernées. En effet, le plan vise le counselling en lien avec ces habitudes de vie par des professionnels de la santé.

Malgré une efficacité démontrée des interventions de prévention offertes par les professionnels de la santé et les recommandations d'intégrer cette pratique venant des plans d'action gouvernementaux, encore peu d'études se sont attardées sur les facteurs favorisant ce genre d'interventions afin de permettre une meilleure intégration de celles-ci dans la pratique des professionnels. De plus, même si plusieurs facteurs ont été énoncés par certains modèles, plusieurs demeurent inconnus. Finalement, peu d'études ont porté sur l'intégration de ces interventions dans la pratique infirmière, la plupart des études se rapportant à la pratique médicale. Or, ces professionnels occupent une grande place dans les soins de première ligne au Québec. En Estrie, c'est d'ailleurs en partie sur ces professionnels que repose la mise en place des interventions de prévention au cœur de la pratique clinique.

L' **Annexe A** décrit plus en détails le contexte dans lequel s'inscrivent les interventions de prévention au CSSS-IUG de Sherbrooke, un milieu ciblé par l'intégration d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie dans les Services de santé courants et où se déroule la présente recherche.

4) OBJECTIFS

L'objectif principal de ce projet est d'explorer les facteurs favorisant la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique) par les infirmières des Services de santé courants du CSSS-IUG de Sherbrooke.

Les objectifs spécifiques sont :

- Vérifier auprès des infirmières des Services de santé courants l'importance de certains facteurs comme favorisant la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique) avant et après une intervention en milieu de travail ciblant ces facteurs (formations, disponibilité d'outils, renforcement lors de réunions).
 - **Facteurs en lien avec la professionnelle** (facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement)
 - **Facteurs en lien avec la clientèle** (facteurs de renforcement)
 - **Facteurs en lien avec l'environnement de pratique** (facteurs facilitateurs et de renforcement)
- Explorer auprès des infirmières des Services de santé courants si d'**autres facteurs** sont en lien avec la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique).

5) MÉTHODOLOGIE

5.1 Choix du devis

Afin de valider les objectifs, un devis transversal à différents temps a été choisi. Le devis transversal s'avère le meilleur choix pour rechercher les facteurs favorisant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Un recueil mixte de données quantitatives et qualitatives a également été utilisé dans le cadre de ce devis afin de compléter les informations obtenues par l'une ou l'autre des méthodes.

Un devis évaluatif avait aussi été considéré en optant pour des objectifs d'évaluation des stratégies qui ont été mises en œuvre pour faciliter et renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie offertes par les professionnelles. Toutefois, le fort roulement de cette main d'œuvre aurait rendu difficile de créer un groupe de professionnelles où d'autres mesures auraient pu être réalisées plus tard avec les mêmes sujets. De plus, la participation et l'exposition aux différentes stratégies sont souvent inégales selon les professionnelles dû à leur disponibilité variable.

5.2 Population et recrutement

Trois groupes de professionnelles ont été formés selon le degré d'intervention que ces professionnelles ont reçu.

Toutes les infirmières des Services de santé courants n'ayant pas reçu aucune autre formation visant à faciliter ou à renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie autre que la formation initiale sur les interventions en arrêt tabagique ont constitué l'échantillon de professionnelles du groupe A. Les professionnelles correspondant à cette description sont environ au nombre de trente au sein du CSSS-IUG de Sherbrooke. Le recrutement de ce groupe s'est effectué lors d'une formation plus globale qui a eu lieu sur les interventions de courte durée pour trois saines habitudes de vie (statut tabagique, consommation de légumes et de fruits, pratique d'activité physique). L'ensemble des infirmières présentes à la formation a reçu une lettre de présentation du projet de recherche (**Annexe B**). Trois séances de formation ont permis le recrutement des professionnelles de ce groupe et vingt-quatre infirmières ont répondu aux critères de sélection.

Le groupe B a été formé des professionnelles ayant pris part à certaines stratégies mises sur pied dans le but de faciliter ou de renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Parmi les stratégies mises en place auxquelles les infirmières peuvent avoir été en contact, citons tout d'abord deux formations, dont une première abordant les interventions en saines habitudes de vie de façon générale et une deuxième portant cette fois-ci de façon plus spécifique sur les interventions en alimentation et en activité physique, une demande faite par les infirmières ayant assisté à la première formation.

Ensuite, différents outils ont été développés dans le cadre d'une démarche visant à maximiser l'utilisation des interventions de courte durée en saines habitudes de vie auprès des infirmières. On note à ce sujet une feuille aide-mémoire plastifiée relatant les différentes étapes à suivre pour effectuer une intervention de courte durée ainsi qu'une feuille à insérer au dossier du client pour faciliter le suivi des interventions réalisées avec ce client.

Finalement, un changement a été apporté dans l'environnement de pratique des infirmières. Des présentoirs contenant des dépliants à remettre aux clients ont en effet été installés au mur des salles de consultation utilisées par les professionnelles. Des affiches représentant les différentes habitudes de vie ciblées par les interventions de courte durée ont aussi été posées dans ces mêmes salles. Ces deux outils de rappel constituent de bons indices à l'action.

Dans le but de renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, des réunions animées par les gestionnaires des professionnelles impliquées dans l'intégration de ces interventions sont également revenues sur le sujet pour permettre aux professionnelles de s'exprimer sur leur vécu en lien avec l'intégration de cette nouvelle pratique.

Le recrutement des professionnelles du groupe B s'est déroulé lors d'une réunion de secteur où l'étudiante-chercheuse est allée présenter le questionnaire destiné à cette deuxième mesure. Les infirmières formant ce groupe sont au nombre de dix. Il est à noter que toutes les professionnelles du groupe B avaient été incluses dans le groupe A. Un formulaire de consentement a été signé par les professionnelles (groupe A et B) ayant rempli le questionnaire (**Annexe C**).

Les professionnelles du groupe C ont assisté à l'ensemble des interventions mises en place pour faciliter ou renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Compte tenu de leur niveau d'implication dans la démarche, ce sont ces professionnelles qui ont été choisies pour prendre part aux entrevues. Nous avons retenu cinq infirmières, soit environ le cinquième des professionnelles qui ont reçu la première formation sur les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Ces infirmières ont été sélectionnées par l'assistante au supérieur immédiat de manière aléatoire. Un formulaire de consentement a également été signé pour les entrevues.

5.3 Instruments de mesure

Les instruments de mesure ayant servi à la validation des objectifs de la recherche seront présentés dans la section qui suit, soit les questionnaires ainsi que les entrevues.

5.3.1 Questionnaires

Des questionnaires ont été développés afin d'être auto-administrés aux professionnelles des groupes A et B. Ces questionnaires ont permis de vérifier l'importance de certains facteurs comme favorisant la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie avant une intervention ciblant ces facteurs et après.

Les questionnaires (groupe A - **Annexes D** et groupe B – **Annexe E**) ont été élaborés par l'étudiante-chercheuse et ont été revus par une professionnelle de recherche du Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement du CSSS-IUG de Sherbrooke ainsi que par la directrice de la recherche au département de nutrition de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, soit Dre Marie Marquis.

Différentes variables ont été étudiées dans les questionnaires afin de les mettre en relation avec la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie (variable indépendante). Tout d'abord, des variables en lien avec les professionnelles (infirmières) ont été incluses. Ces variables ont été regroupées selon s'il s'agissait d'un facteur prédisposant, facilitant ou de renforcement. Dans les facteurs prédisposants, les variables statut démographique, profil professionnel (niveau de scolarité, nombre d'années

d'expérience au Services de santé courants), habitudes de vie personnelles, croyances, attitudes et le sentiment d'efficacité personnelle ont été examinées. La perception du niveau de formation et de connaissances comme facteurs facilitants ont aussi été étudiées. Les variables liées au soutien et à l'approbation des pairs ont été considérées comme des facteurs de renforcement. Les mêmes questions furent utilisées pour le groupe A et B. Toutefois, pour le groupe B, la perception des habiletés en communication a été ajoutée comme facteur facilitant.

Ensuite, les questionnaires se sont attardés sur des variables en lien avec la clientèle. La perception de la satisfaction des clients et le dépistage de cas lors des interventions ont été inclus comme des facteurs de renforcement. Les facteurs prédisposants et facilitants reliés à la clientèle qui avaient été relevés dans la littérature n'ont pas été inclus dans les questionnaires, car des observations directes et/ou une collecte auprès de la clientèle aurait été plus appropriées pour recueillir ces données, ce qui n'était pas prévu au devis.

Finalement, des facteurs liés à l'environnement de pratique ont constitué une partie des variables à l'étude. Les variables associées aux facteurs logistiques (temps alloué aux interventions), aux ressources à la disposition des professionnelles (outils pour les professionnelles et matériel éducatif à remettre aux clients) ainsi que les indices à l'action (groupe B seulement, car aucune affiche n'avait été mis en place pour le groupe A) ont été étudiées en tant que facteurs facilitants. Les facteurs organisationnels, tels que la coordination avec les ressources du milieu, ont pour leur part été regroupés dans les facteurs de renforcement.

Le statut démographique, le profil professionnel ainsi que les habitudes de vie ont fait l'objet de questions à choix de réponses. Les choix de réponses ont été regroupés en catégories. Des questions d'évaluation de l'intensité, à partir d'une échelle d'attitudes ont servi pour les autres variables. L'échelle d'attitudes de Likert a été celle choisie avec le choix de cinq réponses allant de l'approbation totale à la désapprobation totale en passant par un point neutre.

La variable indépendante, la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie, a été analysée sous l'angle des stades de changement de comportement de Prochaska qui spécifie que l'adoption d'un nouveau comportement se fait en six différents stades de changements (Prochaska, 1983). Une question à choix de réponses via une échelle de valeurs a également été incluse pour chacune des habitudes de vie (statut tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique) concernant la fréquence d'utilisation des interventions en lien avec celles-ci.

Des questions ouvertes ont été ajoutées à la fin des questionnaires dans le but d'explorer si d'autres facteurs sont en lien avec la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Pour le groupe B, la méthode des incidents critiques a été utilisée afin de recueillir les souvenirs positifs et négatifs des infirmières suite à leur expérimentation des interventions de courte durée en saines habitudes de vie (Kemppainen, 2000, Byrne, 2001, Marquis, 2002, Buetterfield, 2005, Sharoff, 2007). L'ajout de cette méthode s'avérerait un choix enrichissant par l'emphasis qu'elle met sur les facteurs favorisant la performance d'une activité et ceci par la description d'un incident réel vécu par le répondant et ayant été associé à un souvenir favorable ou non (Buetterfield, 2005).

Les questionnaires n'ont pas fait l'objet de pré-tests étant donné la petite taille de la clientèle visée. Toutefois, aucun commentaire n'a été émis sur la formulation des énoncés ou la longueur de ces instruments.

5.3.2 Entrevues individuelles

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées afin d'obtenir plus de précisions concernant certains aspects traités dans les questionnaires en plus d'explorer la présence d'autres facteurs en lien avec la réalisation d'interventions courtes en saines habitudes de vie.

L'étudiante-chercheuse a elle-même mené les entrevues à partir d'un guide d'entrevue (**Annexe F**) qui a été inspiré des questionnaires en se basant sur les questions pour lesquelles la possibilité de permettre aux professionnelles d'élaborer plus longuement était

pertinente, en plus de valider les opinions des professionnelles sur des réponses que plusieurs de leurs collègues avaient fournies dans le cadre de ces mêmes questionnaires. Les infirmières ont donc été questionnées sur leurs attitudes face aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie, leur sentiment d'efficacité personnelle ainsi que les motivations qui les récompensent à effectuer des interventions de courte durée en saines habitudes de vie. La méthode des incidents critiques a également été utilisée lors des entrevues. Toutes les entrevues ont été enregistrées.

5.4 Analyses

5.4.1 Données quantitatives

Pour les analyses des données quantitatives, certaines catégories de réponses ont été regroupées dans le but d'obtenir un nombre significatif de sujets dans chacune catégorie. Ainsi, l'expérience a été regroupée en trois catégories de réponses comparativement aux cinq catégories de départ, soit moins de 5 ans, entre 5 et 15 ans et 16 ans et plus, l'âge a été regroupé en deux catégories, soit moins de 35 ans et 35 ans et plus, la consommation de légumes en deux catégories, soit moins de 5 portions par jour et 5 portions et plus par jour et finalement l'activité physique en deux catégories, soit moins de 30 minutes d'activité physique modérée par jour et 30 minutes et plus d'activité physique modérée par jour.

Le stade de Prochaska a aussi été regroupé en trois catégories de réponses comparativement aux sept catégories de départ. On y retrouve donc les catégories « N'ayant pas débuté à faire des interventions », « A débuté à faire des interventions depuis peu » et « A débuté à faire des interventions depuis au moins 6 mois ». Les réponses selon l'échelle de valeur sont maintenant en trois catégories, les deux catégories citant des réponses en désaccord et les deux catégories citant des réponses en accord ayant été regroupées tout en conservant le point neutre. Pour les données sur l'expérience, l'âge, la consommation de légumes et le niveau d'activité physique nominales, le regroupement de catégories de réponses a été utilisé surtout lors de la création des tableaux croisés.

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des variables. Par la suite, des tableaux croisés ont aussi été créés pour mettre en relation certaines variables dépendantes (expérience, âge, scolarité, consommation de légumes et niveau d'activité physique) en relation avec les variables indépendantes déterminant le profil de pratique (stade de Prochaska et niveau d'accord avec la fréquence des interventions de courte durée en saines habitudes de vie). Aucun tableau croisé n'a été créé avec les variables sur le sexe et le statut tabagique étant donné la trop forte proportion de sujets dans une même catégorie (sexe féminin et non-fumeur). Même après le regroupement de certaines catégories de réponses, il a été impossible d'effectuer des tests du chi-carré à partir des tableaux croisés vu le trop faible nombre de sujets dans certaines cellules. Il est à noter que ces tableaux ont été mis en annexes dans le but d'alléger la lecture de la partie présentant les résultats.

Finalement, des corrélations ont été calculées pour l'ensemble des variables dépendantes (sauf pour les variables avec des données nominales – scolarité, sexe, statut tabagique) afin de mesurer leur relation avec la variable indépendante. Le ρ de Spearman a été choisi étant donné la distribution non-paramétrique des données. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0.05$.

5.4.2 Données qualitatives

L'ensemble du contenu des réponses aux questions ouvertes et des entrevues a été retranscrit intégralement sous forme de verbatim par l'étudiante-chercheuse. Une lecture préliminaire a ensuite été effectuée par l'étudiante-chercheuse afin de se familiariser avec le matériel recueilli et de soulever l'émergence de certaines catégories qui seront utilisées pour l'analyse par thèmes. Des lectures subséquentes lui ont permis de ressortir les catégories finales qui ont été validées par la directrice de recherche à partir des extraits associés à ces catégories. Un modèle mixte de catégorisation a été utilisé, le matériel ayant été d'abord classé dans des catégories de facteurs déjà explorés dans le cadre du projet tout en laissant ensuite place à la création de catégories comprenant de nouveaux facteurs.

Chacune des catégories de facteurs a par la suite été regroupée selon s'il s'agissait de facteurs liés aux professionnels, à la clientèle ou encore à l'environnement de pratique. Pour les entrevues, les catégories ont aussi été regroupées selon le type de facteurs présentés, soit les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement.

Des statistiques descriptives ont également été réalisées, le nombre d'énoncés de chacune des catégories formées ayant été relevé en notant également le pourcentage qu'ils représentaient par rapport à l'ensemble des facteurs de sa catégorie.

5.5 Obtention de l'approbation éthique

Le projet de recherche a reçu une approbation éthique en date du 3 juillet 2006 par le Comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de Sherbrooke (CÉR). La lettre d'approbation se trouve en **Annexe G**.

6) RÉSULTATS

6.1 Profil des répondants aux questionnaires

6.1.1 Caractéristiques et profil de pratique des professionnelles

Deux groupes ont rempli le questionnaire qui leur était destiné. Dans le groupe A, vingt-neuf infirmières ont rempli le questionnaire. Toutefois, trois infirmières provenaient de Info-Santé, un secteur aussi invité à la formation, mais n'ayant pas pris part à l'ensemble de l'intervention et deux infirmières provenaient du CSSS de Magog. Seuls les résultats des questionnaires des infirmières des Services de santé courants du CSSS-IUG de Sherbrooke ont été inclus dans les analyses statistiques ainsi que les analyses qualitatives des questions ouvertes, ce qui représente les données issues des questionnaires de vingt-quatre répondantes pour le groupe A. Rappelons que les professionnelles du groupe A n'avaient au préalable assisté qu'à une formation sur les interventions de courte durée en arrêt tabagique seulement.

Dans le groupe B, seize infirmières ont rempli le questionnaire. Chacune des infirmières ayant rempli le questionnaire a pris part à une partie de l'intervention. Dix ont assisté aux deux formations offertes, soit la première sur les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et la deuxième sur les interventions plus spécifiques en alimentation et en activité physique. Six ont assisté à l'une des deux formations, soit trois à la formation générale et le même nombre à la formation sur les interventions en alimentation et en activité physique. L'ensemble des infirmières a pu être exposé aux autres stratégies mises en place. Dans le but d'obtenir un groupe homogène, il a été décidé de garder pour le groupe B seulement les questionnaires des dix infirmières ayant assisté aux deux formations, soit dix infirmières.

Le **tableau IV** présente les caractéristiques des professionnelles répondantes comprenant les données démographiques (sexe, âge), leur expérience en services de santé courants, leur niveau de scolarité ainsi que leurs habitudes de vie en terme de statut tabagique, de consommation de légumes et de fruits ainsi que de pratique d'activité physique quotidienne.

Les deux groupes sont constitués à forte majorité de professionnelles de sexe féminin. C'est pourquoi l'usage du féminin sera favorisé dans le texte rapportant les résultats. L'âge des professionnelles est réparti de façon assez uniforme dans chacune des catégories d'âge, avec une légère prédominance pour la catégorie des 36 à 45 ans dans les deux groupes. Au niveau de l'expérience, la plupart des professionnelles possèdent moins de 5 ans d'expérience aux Services de santé courants et seul le groupe A inclut des professionnelles ayant 16 ans et plus d'expérience. Les deux groupes présentent une légère majorité d'universitaires.

Par rapport aux habitudes de vie, on retrouve seulement une fumeuse dans les deux groupes. En comparaison avec le groupe A, plus de professionnelles du groupe B disent consommer 5 portions et plus de légumes et fruits par jour. Quant à l'activité physique, la majorité des professionnelles se retrouve dans la catégorie médiane, soit de 10 à 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour. Cette majorité est d'ailleurs plus forte dans le groupe B.

Tableau IV
Caractéristiques des professionnelles (infirmières) ayant répondu aux questionnaires

Caractéristiques	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Sexe		
Féminin	21 (87.5)	8 (80.0)
Masculin	3 (12.5)	2 (20.0)
Âge		
< 25 ans	5 (20.8)	1 (10.0)
26-35 ans	5 (20.8)	2 (20.0)
36-45 ans	9 (37.5)	4 (40.0)
46 ans et plus	5 (20.8)	3 (30.0)
Années d'expérience aux Services de santé courants		
< 5 ans	12 (50.0)	6 (60.0)
5 à 10 ans	9 (37.5)	2 (20.0)
11 à 15 ans	1 (4.2)	2 (20.0)
16 à 20 ans	1 (4.2)	0 (0.0)
21 ans et plus	1 (4.2)	0 (0.0)
Niveau de scolarité		
Collégial	10 (41.7)	4 (44.4)*
Universitaire	14 (58.3)	5 (55.6)*
Habitudes de vie		
Fumeuses	1 (4.2)	0 (0.0)
Non-fumeuses	23 (95.8)	10 (100.0)
< 2 portions de légumes et fruits par jour	1 (4.2)	1 (10.0)
2 à 4 portions de légumes et fruits par jour	13 (50.0)	3 (30.0)
5 portions et plus de légumes et de fruits par jour	11 (45.8)	6 (60.0)
< 10 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	6 (26.1)	1 (10.0)
10 à 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	12 (47.8)	7 (70.0)
> 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	6 (26.1)	2 (20.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

* Une donnée manquante : n= 9 groupe B

Le **tableau V** rapporte le stade de Prochaska auquel se situent les professionnelles ainsi que le degré d'accord de celles-ci quant au fait qu'elles effectuent fréquemment des interventions de courte durée en arrêt tabagique, en alimentation et en activité physique.

La majorité des infirmières des deux groupes se trouve au stade 3 de Prochaska, c'est-à-dire qu'elles affirment avoir débuté à effectuer des interventions de courte durée depuis 6 mois. Dans le groupe B, aucune infirmière ne se situe au stade 1 qui regroupe les professionnelles n'ayant pas débuté à effectuer des interventions de courte durée. La majorité des professionnelles des deux groupes se dit également en accord ou tout à fait en accord avec le fait qu'elles effectuent fréquemment des interventions de courte durée en saines habitudes de vie. À ce sujet, ce sont les interventions en alimentation qui sont les plus fréquentes, plus de 70% des infirmières de chacun des groupes se trouvant dans la catégorie des professionnelles en accord ou tout à fait en accord avec le fait qu'elles effectuent fréquemment des interventions dans ce domaine.

Tableau V
Profil de pratique des professionnelles (infirmières)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Stade de Prochaska		
<u>Stade 1</u> : N'a pas débuté à effectuer des interventions	2 (8.3)	0 (0.0)
<u>Stade 2</u> : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	5 (20.8)	2 (20.0)
<u>Stade 3</u> : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	17 (70.3)	8 (80.0)
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	4** (19.0)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	6** (28.6)	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	11** (52.4)	7 (70.0)
Fréquence élevée des interventions en alimentation		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2* (9.1)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	4* (18.2)	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	16* (72.7)	8 (80.0)
Fréquence élevée des interventions en activité physique		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2* (9.1)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	6* (27.2)	4 (40.0)
En accord / Tout à fait en accord	13* (59.1)	5 (50.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

* Deux données manquantes n= 22 groupe A

** Trois données manquantes n= 21 groupe A

Des tableaux croisés ont été créés pour mettre en relation les caractéristiques des professionnelles avec leur profil de pratique. L' **Annexe H** présente ces tableaux. Des corrélations furent également calculées entre ces différentes variables.

Par rapport à l'âge, dans les deux groupes, la majorité des professionnelles se situant au stade 3 de Prochaska est âgée de 36 ans et plus. Ce sont aussi les professionnelles de 36 ans et plus qui disent en majorité effectuer fréquemment des interventions en arrêt tabagique, en alimentation et en activité physique dans le groupe A. On note d'ailleurs pour le groupe A une corrélation positive entre l'âge des professionnelles et leur stade de Prochaska ($r = 0.425^*$; $p = 0.039$). Dans le groupe B, presque autant de professionnelles de 36 ans et plus affirment être plus ou moins d'accord avec le fait d'effectuer fréquemment des interventions en arrêt tabagique et en activité physique que de professionnelles affirmant être d'accord ou tout à fait d'accord.

Au niveau de l'expérience, la majorité des infirmières du groupe A se situant au stade 3 de Prochaska possède entre 5 à 15 ans d'expérience. Il y a tout de même plusieurs des infirmières qui se trouvent au stade 3 de Prochaska qui ont moins de 5 ans d'expérience. Ce sont celles ayant entre 5 et 15 ans d'expérience qui rapportent en majorité effectuer fréquemment des interventions en arrêt tabagique, en alimentation et en activité physique et seulement une répondante de cette catégorie affirme être tout à fait en désaccord ou en désaccord avec le fait d'effectuer fréquemment des interventions en saines habitudes de vie, dans ce cas en arrêt tabagique. Une corrélation positive est d'ailleurs notée entre l'expérience des professionnelles et les interventions en arrêt tabagique ($r = 0.518^*$; $p = 0.016$). Dans le groupe B, la majorité de celles qui se situent au stade 3 de Prochaska détient moins de 5 ans d'expérience. Ce sont aussi les infirmières avec moins de 5 ans d'expérience qui considèrent en majorité effectuer fréquemment des interventions en arrêt tabagique, en alimentation et en activité physique, bien que quelques professionnelles possédant entre 5 et 15 d'expérience le considèrent également, en particulier pour les interventions en arrêt tabagique ou en alimentation. Rappelons que le groupe B ne compte pas d'infirmières avec plus de 15 ans d'expérience. Aucune corrélation n'a été trouvée entre l'expérience des professionnelles et les interventions de courte durée en saines habitudes de vie dans le groupe B.

En ce qui a trait au niveau de scolarité, dans le groupe A, la plupart des professionnelles qui se situent au stade 3 de Prochaska sont des universitaires comparativement au groupe B où ce sont majoritairement des collégiennes qui se situent au stade 3 de Prochaska. L'ensemble des collégiennes de ce groupe se trouve d'ailleurs au stade 3 de Prochaska. En comparaison avec les collégiennes, les universitaires sont toujours celles qui rapportent être le plus en accord avec des interventions fréquentes dans les deux groupes et ce, pour toutes les habitudes de vie. Aucune corrélation n'a été trouvée entre le niveau de scolarité des professionnelles et leur profil de pratique.

Quant aux habitudes de vie, la majorité des infirmières des deux groupes se situant au stade 3 de Prochaska consomme 5 portions et plus de légumes et de fruits par jour. Toutefois, dans le groupe A, presque autant de professionnelles consommant moins de 5 portions de légumes et de fruits par jour se trouvent aussi au même stade, ce qui diffère du groupe B où la différence est beaucoup plus grande. Dans le groupe A, il existe autant d'infirmières consommant moins de 5 portions de légumes et de fruits par jour que d'infirmières en consommant plus de 5 qui disent effectuer fréquemment des interventions en alimentation. Par contre, dans le groupe B, la majorité des infirmières qui rapportent effectuer fréquemment ces interventions consomme quant à elles 5 portions et plus de légumes et de fruits par jour.

Concernant la pratique d'activité physique, la majorité des professionnelles des groupes A et B se situant au stade 3 de Prochaska pratique moins de 30 minutes d'activité physique par jour. Par ailleurs, ce sont également celles qui pratiquent moins de 30 minutes d'activité physique par jour qui considèrent en majorité qu'elles effectuent fréquemment des interventions en activité physique. Toutefois, dans les deux groupes, la majorité des infirmières plus ou moins en accord avec le fait d'effectuer fréquemment des interventions en activité physique font aussi moins de 30 minutes d'activité physique par jour. La pratique de l'activité physique est d'ailleurs la seule habitude de vie des infirmières qui est positivement corrélée avec les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, dans ce cas avec les interventions en activité physique pour le groupe A ($r = 0.498^*$; $p = 0.022$).

Un tableau croisé a été créé pour associer le stade de Prochaska des professionnelles et leur degré d'accord quant au fait qu'elles effectuent fréquemment des interventions de courte durée en arrêt tabagique, en alimentation et en activité physique. L' **Annexe I** présente ce tableau. Des corrélations furent également calculées entre ces variables.

Dans les deux groupes, on peut constater qu'environ 80% des professionnelles qui affirme effectuer fréquemment des interventions de courte durée en saines habitudes de vie sont également au stade 3 de Prochaska. Aucune des infirmières du groupe A qui se situe au stade 1 de Prochaska est en accord ou totalement en accord pour affirmer qu'elle effectue fréquemment des interventions en saines habitudes de vie.

Le stade de Prochaska des professionnelles est positivement corrélé avec deux interventions sur les saines habitudes de vie dans le groupe A, soit avec les interventions en alimentation ($r = 0.480^*$; $p = 0.024$) et encore plus fortement avec les interventions en activité physique ($r = 0.552^*$; $p = 0.008$).

6.1.2 Facteurs liés aux professionnelles

Certains facteurs liés aux professionnelles ont été étudiés, dont des facteurs prédisposant aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie, des facteurs les facilitant et des facteurs les renforçant. Pour chacun des facteurs, sa relation avec le profil de pratique des professionnelles a été explorée.

6.1.2.1 Facteurs prédisposant aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau VI** rapporte les résultats à l'égard des facteurs qui prédisposent les professionnelles à effectuer des interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Ces facteurs regroupent ceux associés aux attitudes, aux croyances et à l'efficacité personnelle.

Globalement, les attitudes des infirmières face aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie sont très favorables. De fait, plus de 80% des professionnelles des deux groupes est en accord ou tout à fait en accord avec le fait qu'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie s'insère bien dans sa pratique professionnelle ou encore que c'est bien adapté à sa clientèle. La quasi-totalité considère également pertinent de le faire. Elles disent d'ailleurs accorder de l'importance à cet aspect dans une proportion de plus de 80%. Alors que plusieurs expriment que ces interventions leur occasionnent une surcharge de travail, la majorité des professionnelles affirme toutefois que cette tâche n'entraîne pas d'inconvénients dans leur pratique.

Étant donné que plusieurs infirmières ont mentionné que la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie leur occasionnait une surcharge de travail, il était intéressant de croiser les données de cet énoncé avec celles sur leur niveau d'accord quant au fait que cette tâche s'insérait bien dans la pratique. Les résultats indiquent que dans les deux groupes, une forte majorité croit que la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie leur occasionne une surcharge de travail, mais que ces mêmes infirmières sont d'accord ou tout à fait en accord pour dire que cette tâche s'insère bien dans

leur pratique. Seulement une répondante dans les deux groupes affirme à la fois que la réalisation d'interventions de courte durée lui occasionne une surcharge de travail et que cette tâche ne s'insère pas bien dans sa pratique. L' **Annexe J** contient le tableau rapportant ces résultats.

À l'égard des croyances, peu d'infirmières croient que leur clientèle est déjà suffisamment informée par rapport aux saines habitudes de vie. Dans le groupe B, au moins 60% d'entre elles affirme être totalement en désaccord ou en désaccord avec cet énoncé et ce, pour les trois habitudes de vie. Seule une infirmière du groupe A affirme ne pas être d'accord avec le fait que d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec ses clients fait partie de son rôle en tant que professionnelle de la santé. La majorité dit aussi croire en l'efficacité d'aborder ces sujets avec leurs clients sur les changements de comportement reliés à leur santé. À ce sujet, on note une plus forte proportion dans le groupe B. Les avis semblent plus partagés sur la perception de la réceptivité des clients à entendre parler de saines habitudes de vie. Cette mesure prise seulement pour le groupe B révèle qu'il y a en effet presque autant de professionnelles qui affirment être plus ou moins en accord avec cet énoncé, que de professionnelles qui affirment être en accord ou tout à fait en accord.

On peut observer une tendance à des scores plus élevés dans le groupe B comparativement au groupe A quant à l'efficacité personnelle. Une des principales distinctions se trouve en lien avec la perception d'être suffisamment formée pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie. En effet, dans le groupe A, seulement 37.5% des professionnelles affirme être d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé « Je suis suffisamment formée pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients » tandis que l'affirme 60% des professionnelles dans le groupe B. Plus de 60% des infirmières des deux groupes reconnaît tout de même posséder les compétences pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie. D'ailleurs, la majorité des professionnelles affirme posséder suffisamment de connaissances sur les trois habitudes de vie. Toutefois, à l'égard de l'arrêt tabagique, dans le groupe A, autant d'infirmières disent être plus ou moins d'accord avec cet énoncé que d'infirmières qui affirment être d'accord ou tout à fait d'accord. Aussi, dans le groupe B, c'est au niveau des connaissances en alimentation que la majorité est

la plus faible, avec 50% des professionnelles affirmant être d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait de posséder suffisamment de connaissances dans ce domaine.

Tableau VI

Facteurs prédisposants les professionnelles (infirmières) aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Attitudes		
Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients s'insère bien dans ma pratique professionnelle		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	0 (0.0)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	4 (16.7)	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	20 (83.3)	9 (90.0)
Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie s'adapte bien à ma clientèle		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	1 (4.2)	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	22 (91.7)	9 (90.0)
Je considère pertinent d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	1 (4.2)	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	22 (91.7)	10 (100.0)
Dans ma pratique, le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients est un aspect auquel j'accorde de l'importance pour ma clientèle		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	0 (0.0)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	4 (16.7)	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	20 (83.3)	9 (90.0)
Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients m'occasionne une surcharge de travail		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	7 (29.2)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	7 (29.2)	4 (40.0)
En accord / Tout à fait en accord	10 (41.7)	5 (50.0)
Le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients entraîne des inconvénients dans ma pratique		
Oui	10 (41.7)	2 (20.0)*
Non	14 (58.3)	7 (70.0)*

Tableau VI (suite)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Croyances		
Ma clientèle me semble déjà suffisamment informée par rapport aux méfaits du tabagisme		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	7 (29.2)	6 (60.0)
Plus ou moins en accord	10 (41.7)	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	7 (29.2)	1 (10.0)
Ma clientèle me semble déjà suffisamment informée par rapport à la saine alimentation		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	6 (26.1)*	7 (70.0)
Plus ou moins en accord	10 (43.5)*	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	7 (29.2)*	2 (20.0)
Ma clientèle me semble déjà suffisamment informée par rapport à la pratique régulière d'activité physique		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	7 (31.8)**	7 (70.0)
Plus ou moins en accord	10 (45.5)**	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	5 (22.7)**	1 (10.0)
Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients fait partie de mon rôle en tant que professionnel de la santé		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	0 (0.0)	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	20 (95.8)	10 (100.0)
Je crois en l'efficacité d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients pour le changement de comportements reliés à leur santé		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	0 (0.0)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	8 (33.3)	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	16 (66.7)	8 (80.0)
Ma clientèle se montre réceptive lorsque j'aborde des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec elle		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	NA	5 (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	4 (40.0)

Tableau VI (suite)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Efficacité personnelle		
Je crois posséder les compétences pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2 (8.7)*	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	7 (30.4)*	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	14 (60.8)*	8 (80.0)
Je suis suffisamment formé(e) pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2 (8.3)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	13 (54.2)	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	9 (37.5)	6 (60.0)
Je possède suffisamment de connaissances pour aborder l'arrêt tabagique avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2 (8.3)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	11 (45.8)	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	11 (45.8)	7 (70.0)
Je possède suffisamment de connaissances pour aborder la saine alimentation avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	4 (16.7)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	6 (25.0)	5 (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	14 (58.3)	5 (50.0)
Je possède suffisamment de connaissances pour aborder la pratique d'activité physique avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	8 (33.3)	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	15 (62.5)	7 (70.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

* Une donnée manquante : n= 23 groupe A ; n= 9 groupe B

** Deux données manquantes : n= 22 groupe A

NA : Énoncé non testé pour ce groupe

Un tableau croisé a été créé pour mettre en relation les inconvénients perçus par les professionnelles à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie et le profil de pratique des professionnelles. L' **Annexe J** contient le tableau rapportant ces résultats.

Une majorité d'infirmières des deux groupes qui se situent au stade 3 de Prochaska ne perçoit pas d'inconvénients à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Ce sont aussi en majorité celles qui ne perçoivent pas d'inconvénients qui considèrent qu'elles effectuent fréquemment des interventions concernant les trois habitudes de vie. D'ailleurs, dans le groupe B, 100% des professionnelles qui ne perçoivent pas d'inconvénients à la réalisation d'interventions de courte durée se situe au stade 3 de Prochaska ou considère effectuer fréquemment des interventions en alimentation. Les infirmières qui perçoivent des inconvénients sont plus susceptibles de se situer à un stade de Prochaska inférieur ou d'être plus ou moins en accord avec le fait qu'elles effectuent fréquemment des interventions de courte durée en saines habitudes de vie que celles qui n'en perçoivent pas.

Des analyses de corrélation ont également été menées pour explorer les relations entre les facteurs prédisposant aux interventions de courte durée et le profil de pratique des professionnelles. Les résultats au niveau des attitudes indiquent que presque toutes les attitudes des professionnelles sont soit corrélées avec le stade de Prochaska ou encore avec un des types d'intervention. En effet, les résultats du groupe B démontrent que plus les infirmières affirment que les interventions de courte durée en saines habitudes de vie s'insèrent bien dans leur pratique professionnelle, plus elles disent effectuer fréquemment des interventions en alimentation ($r = 0.668^*$; $p = 0.035$). La même corrélation s'observe avec les interventions en alimentation ($r = 0.668^*$; $p = 0.035$) et en activité physique ($r = 0.756^*$; $p = 0.011$) lorsque les professionnelles affirment que les interventions de courte durée en saines habitudes de vie s'adaptent bien à leur clientèle. Dans le groupe A, le fait d'accorder de l'importance au fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec la clientèle est également positivement corrélé avec les interventions en alimentation dans le groupe A ($r = 0.434^*$; $p = 0.044$).

Ensuite, les croyances des infirmières ont été examinées. La croyance de celles-ci sur le niveau de connaissances de leur clientèle en habitudes de vie a été mise en relation avec le stade de Prochaska et chacune des habitudes de vie correspondantes. Seule la croyance sur le niveau de connaissances de la clientèle en activité physique est corrélée avec les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, dans ce cas avec les interventions en activité physique pour le groupe A ($r = 0.477^*$; $p = 0.033$). Cette corrélation est d'ailleurs positive, ce qui signifie que plus les infirmières croient que leur clientèle est suffisamment informée par rapport à la pratique d'activité physique, plus elles abordent ce sujet avec elle. Dans le groupe B, le fait que les infirmières croient en l'efficacité d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec leurs clients est également positivement corrélé avec les interventions en alimentation ($r = 0.751^*$; $p = 0.012$).

Finalement, par rapport à l'efficacité personnelle, dans le groupe A, lorsque les professionnelles disent posséder toutes les compétences nécessaires, elles ont également un stade de Prochaska plus élevé ($r = 0.698^{**}$; $p < 0.001$) et elles effectuent plus fréquemment des interventions en arrêt tabagique et en alimentation ($r = 0.573^*$; $p = 0.008$ et $r = 0.460^*$; $p = 0.036$ respectivement). Leur stade de Prochaska est également plus élevé si elles croient avoir reçu une formation suffisante ($r = 0.417^*$; $p = 0.043$). Des corrélations positives existent entre la perception du niveau de connaissances des professionnelles sur les habitudes de vie et leur stade de Prochaska et les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. La perception du niveau de connaissances des professionnelles en tabac est positivement corrélées avec les interventions en arrêt tabagique dans le groupe B ($r = 0.673^*$; $p = 0.033$). La perception du niveau de connaissances en alimentation est quant à elles aussi corrélées positivement avec le stade de Prochaska ($r = 0.523^*$; $p = 0.009$) et avec les interventions en alimentation ($r = 0.581^{**}$; $p = 0.005$) dans le groupe A. Une corrélation positive s'observe également au niveau de la perception du niveau de des connaissances en activité physique et les interventions dans le même domaine dans le groupe B ($r = 0.721^*$; $p = 0.019$).

6.1.2.2 Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau VII** rapporte les résultats des facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles.

Ces données ont été recueillies seulement pour le groupe B. La plupart des professionnelles rapportent une facilité pour communiquer des informations reliées aux saines habitudes de vie à leurs clients. Pour ce qui est des formations, elles ont été jugées utiles par la totalité des infirmières.

Aucune corrélation n'a été observée entre les facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et le profil de pratique des professionnelles.

Tableau VII

Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles (infirmières)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Perception des habiletés en communication		
Il est facile pour moi de communiquer des informations reliées aux saines habitudes de vie à mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	NA	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	7 (70.0)
Formations		
La formation sur les interventions de courte durée sur les saines habitudes de vie a été utile		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	NA	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	10 (100.0)
La formation sur la nutrition et l'activité physique a été utile		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	NA	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	10 (100.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

NA : Énoncé non testé pour ce groupe

6.1.2.3 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau VIII** rapporte les résultats des facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles.

La très forte majorité des professionnelles du groupe B dit constater que leurs collègues abordent des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec leurs clients. Des proportions plus faibles d'infirmières des deux groupes disent obtenir du soutien de la part de leurs collègues. Près de 60% des infirmières du groupe A sont en accord ou tout à fait en accord avec le fait qu'il arrive que leurs collègues et elles discutent des conseils qu'elles offrent à leurs clients sur les saines habitudes de vie, tandis que 50% de celles-ci sont tout à fait en désaccord ou en désaccord avec le même énoncé dans le groupe B.

Les avis semblent partagés au sujet de la motivation qu'une collègue de travail pourrait leur apporter pour qu'elles abordent les saines habitudes de vie, la majorité étant d'accord avec cette possibilité dans le groupe A et la majorité étant en désaccord dans le groupe B.

Tableau VIII

Facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles (infirmières)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Soutien et approbation des pairs		
Mes collègues de travail abordent avec leurs clients des sujets reliés aux saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.5)**	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	10 (45.5)**	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	11 (45.8)**	7 (70.0)
Mes collègues de travail me soutiennent dans les discussions que j'ai avec mes clients sur les saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2 (8.3)*	3 (33.3)*
Plus ou moins en accord	7 (29.2)*	2 (22.2)*
En accord / Tout à fait en accord	14 (60.8)*	4 (44.4)*
Il arrive que mes collègues de travail et moi discutons des conseils que nous donnons à nos clients sur les saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	6 (25.0)	5 (50.0)
Plus ou moins en accord	4 (16.7)	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	14 (58.3)	2 (20.0)
Un (e) collègue de travail serait une personne qui pourrait me motiver (ou me motiver encore plus) à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Oui	16 (69.6)*	4 (40.0)
Non	7 (30.4)*	6 (60.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

* Une donnée manquante : n= 23 groupe A ; n= 9 groupe B

** Deux données manquantes : n= 22 groupe A

NA : énoncé non testé pour ce groupe

Des corrélations furent calculées entre les facteurs de renforcement et le profil de pratique des professionnelles.

Le soutien et l'approbation des pairs obtient plusieurs corrélations avec le stade de Prochaska des infirmières et les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. La pratique des pairs au niveau des interventions de courte durée en saines habitudes de vie est positivement corrélée avec chacune des interventions et ce, dans les deux groupes (Tabac : $r = 0.460^*$; $p = 0.041$ – groupe A ; $r = 0.854^{**}$; $p = 0.002$ – groupe B ; Alimentation : $r = 0.493^*$; $p = 0.023$ – groupe A ; $r = 0.747^*$; $p = 0.013$ – groupe B ; Activité physique : $r = 0.478^*$; $p = 0.028$ – groupe A ; $r = 0.497^*$; $p = 0.044$ – groupe B). Les corrélations les plus fortes s'observent avec les interventions en arrêt tabagique et les interventions en alimentation pour le groupe B.

Le soutien des pairs dans les pratiques sur les saines habitudes de vie est également positivement corrélé avec les interventions en alimentation dans les deux groupes ($r = 0.476^*$; $p = 0.029$ – groupe A ; $r = 0.693^*$; $p = 0.028$ – groupe B). Dans le groupe A, les discussions avec les pairs sont positivement corrélées avec les interventions en alimentation ($r = 0.625^{**}$; $p = 0.002$) et les interventions en activité physique ($r = 0.448^*$; $p = 0.037$). Les discussions avec les pairs concernant les conseils qu'elles offrent à leurs clients sur les saines habitudes de vie sont aussi positivement corrélées avec le stade de Prochaska pour le groupe A ($r = 0.408^*$; $p = 0.048$).

6.1.3 Facteurs liés à la clientèle

Quelques facteurs liés à la clientèle ont été étudiés. Ces facteurs constituent des facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

6.1.3.1 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau IX** rapporte les résultats des facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie liés à la clientèle.

Une majorité de professionnelles dit percevoir de la satisfaction de la part des clients lorsqu'elles abordent des sujets liés aux saines habitudes de vie avec eux dans le groupe A et autant de professionnelles affirment en percevoir dans le groupe B qu'il y a de professionnelles qui sont plus ou moins d'accord avec cet énoncé.

La totalité des professionnelles dans le groupe B affirme dépister souvent des clients avec de mauvaises habitudes de vie lorsqu'elles abordent ces sujets avec eux, tandis que bien que la majorité l'affirme également dans le groupe A, le tiers affirme être plus ou moins d'accord avec cet énoncé. Les infirmières affirment dans une proportion de plus de 60% dans le groupe A et de 80% dans le groupe B que le fait de détecter des clients ayant de mauvaises habitudes de vie les encourage à aborder ce sujet avec eux.

Tableau IX

Facteurs renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie liés à la clientèle

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Perception de la satisfaction des clients		
Je perçois de la satisfaction de la part des clients lorsque j'aborde des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec eux		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	8 (33.3)	5 (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	15 (62.5)	5 (50.0)
Dépistage des cas lors des interventions		
En abordant des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec les clients, il m'arrive souvent de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	8 (33.3)	0 (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	15 (62.5)	10 (100.0)
Le fait de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique m'encourage ou m'encouragerait à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec d'autres clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1 (4.2)	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	7 (29.2)	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	16 (66.6)	8 (80.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

Des corrélations ont été calculées entre les facteurs de renforcement et le profil de pratique des professionnelles.

La perception de la satisfaction de la clientèle suite aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie que les professionnelles effectuent est positivement corrélée avec les interventions en alimentation dans les deux groupes ($r = 0.528^*$; $p = 0.012$ – groupe A ; $r = 0.557^*$; $p = 0.095$ – groupe B) ainsi qu'avec les interventions en arrêt tabagique ($r = 0.718^*$; $p = 0.019$) et en activité physique ($r = 0.962^{**}$; $p < 0.001$) dans le groupe B.

Aucune corrélation n'a été observée avec le dépistage de cas lors des interventions.

6.1.4 Facteurs liés à l'environnement de pratique

Certains facteurs liés à l'environnement de pratique ont été étudiés, dont des facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et des facteurs les renforçant.

6.1.4.1 Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau X** rapporte les résultats associés aux facteurs de l'environnement de pratique facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

Par rapport aux facteurs logistiques, les infirmières sont plus ou moins en accord avec l'affirmation qu'elles ont suffisamment de temps lors de la rencontre avec le client pour aborder les saines habitudes de vie. Vingt pourcent et moins se dit d'ailleurs en accord ou tout à fait en accord avec cet énoncé dans les deux groupes.

Quoiqu'une forte majorité ait remarqué les affiches sur les saines habitudes de vie dans leur milieu de travail, une plus faible majorité de professionnelles affirme que ces affiches leur rappellent d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie. Les avis sont partagés sur l'utilité du guide plastifié qui a été créé comme aide-mémoire sur les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et deux répondantes ont inscrit sur le questionnaire ne pas le connaître. La majorité se dit même tout à fait en désaccord ou en désaccord avec son utilité. Un profil semblable de réponses a été recueilli sur l'utilité de la feuille « Résumé des interventions » disponible au dossier. C'est définitivement l'envoi de courriels qui semble être le plus utile, avec une majorité des professionnelles étant en accord ou tout à fait en accord avec le fait que cette pratique leur est utile et une très faible proportion étant tout à fait en désaccord ou en désaccord. Rappelons que les questions portant sur les indices à l'action ainsi que les outils développés pour les professionnelles ont été incluses dans le groupe B seulement.

La plupart des infirmières sont plus ou moins d'accord avec le fait d'avoir à leur disposition tous les outils et ressources nécessaires pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie. Des proportions comparables d'infirmières sont aussi plus ou moins en accord avec le fait d'avoir à leur disposition du matériel éducatif à remettre à leurs clients. Cependant, près du tiers des d'infirmières est tout à fait en désaccord ou en désaccord avec la disponibilité de ces ressources dans le groupe A.

Tableau X

Facteurs de l'environnement de pratique facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Facteurs logistiques		
Lorsque je rencontre un client, j'ai suffisamment de temps pour aborder avec lui des sujets reliés aux saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	5 (20.8)	3 (30.0)
Plus ou moins en accord	15 (62.5)	5 (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	4 (16.7)	2 (20.0)
Outils de rappel dans le milieu		
Des affiches sur les saines habitudes de vie sont présentes dans mon milieu de travail		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	0 (0.0)
Plus ou moins en accord	NA	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	7 (70.0)
Le fait que des affiches sur les saines habitudes de vie soient (ou seraient) présentes dans mon milieu de travail me rappelle d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	NA	3 (30.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	5 (50.0)
Le guide plastifié - Le counselling de courte durée; 4 étapes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie est utile		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	4 (50.0)*
Plus ou moins en accord	NA	2 (25.0)*
En accord / Tout à fait en accord	NA	2 (25.0)*
La feuille « Résumé des interventions » disponible au dossier est utile		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	5 (50.0)
Plus ou moins en accord	NA	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	4 (40.0)

Tableau X (suite)

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
L'envoi de courriels de soutien est utile		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	2 (20.0)
Plus ou moins en accord	NA	1 (10.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	7 (70.0)
Ressources disponibles pour le professionnel et les clients		
J'ai à ma disposition tous les outils et ressources nécessaires pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes clients		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	7 (29.2)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	11 (45.8)	6 (60.0)
En accord / Tout à fait en accord	6 (25.0)	3 (30.0)
J'ai à ma disposition du matériel éducatif à remettre à mes clients concernant les saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	9 (37.5)	2 (20.0)
Plus ou moins en accord	11 (45.8)	5 (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	4 (16.7)	3 (30.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

* Deux données manquantes n= 22 groupe A ; n= 8 groupe B

Des corrélations furent calculées entre les facteurs de l'environnement de pratique facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et le profil de pratique des professionnelles.

Le fait de posséder tous les outils nécessaires aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie est positivement corrélé avec les interventions en alimentation dans le groupe A ($r = 0.426^*$; $p = 0.048$). C'est également le cas avec les interventions en arrêt tabagique dans le groupe B ($r = 0.760^*$; $p = 0.011$). Le matériel éducatif à remettre aux clients en quantité suffisante est quant à lui corrélé positivement avec les interventions en alimentation ($r = 0.627^{**}$; $p = 0.002$) et en activité physique ($r = 0.444^*$; $p = 0.038$) dans le groupe A.

Il est à noter qu'aucune corrélation n'a été établie entre le fait d'affirmer avoir suffisamment de temps pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec ses clients et le profil de pratique des professionnelles.

6.1.4.2 Facteurs de renforcement des interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau XI** rapporte les résultats associés aux facteurs de l'environnement de pratique renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie de l'environnement de pratique.

La majorité des professionnelles trouve qu'il est facile de référer leurs clients intéressés à poursuivre une démarche à l'intervenant-pivot qui travaille au niveau des saines habitudes de vie. Les discussions lors des réunions d'équipe semblent également utiles chez 70% des infirmières du groupe B.

Aucune corrélation n'a été trouvée entre les facteurs de renforcement de l'environnement de pratique et le profil de pratique des professionnelles.

Tableau XI

Facteurs de l'environnement de pratique renforçant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Énoncés	Groupe A (n = 24)	Groupe B (n = 10)
	N (%)	N (%)
Facteurs organisationnels – coordination avec les ressources du milieu		
Il est facile de référer mes clients à l'intervenant-pivot qui travaille au niveau des saines habitudes de vie		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	4 (16.7)	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	8 (33.3)	3 (18.8)
En accord / Tout à fait en accord	12 (50.0)	6 (60.0)
Travail en équipe		
Les discussions lors des réunions d'équipe sont utiles		
Tout à fait en désaccord / En désaccord	NA	1 (10.0)
Plus ou moins en accord	NA	2 (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	NA	7 (70.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

NA : Énoncé non testé pour ce groupe

6.1.5 Développement sur les facteurs favorisant la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Les questionnaires destinés aux professionnelles étaient complétés par des questions ouvertes afin de leur permettre d'élaborer plus longuement sur certaines variables mesurées par des questions à choix de réponses et aussi d'explorer si d'autres facteurs sont en lien avec les interventions de courte durée en saines habitudes de vie chez les professionnelles des Services de santé courants. Les **tableaux XII et XIII** présentent les thèmes associés aux réponses à ces questions.

La première question portait sur les inconvénients dans la pratique occasionnés par les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Rappelons qu'environ 40% des infirmières ont répondu que les interventions de courte durée en saines habitudes de vie occasionnaient des inconvénients dans leur pratique dans le groupe A comparativement à environ 30% dans le groupe B. Tous les inconvénients mentionnés dans les deux groupes (n=7) sont en lien avec l'environnement de pratique et se rapportent au temps, soit par la mention de surcharge de travail ou encore par un retard dans l'horaire. Selon une professionnelle, « le problème se situe principalement au niveau du rythme de travail auquel [elles sont] soumises ».

Quant aux obstacles à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie (n=77), la plupart sont liés à l'environnement de pratique (n=41). Vingt-cinq citations sont d'ailleurs liées au manque de temps dans cette catégorie. Le groupe A note un manque de documents à remettre aux clients ainsi qu'un manque d'outils pour les professionnelles. On mentionne d'ailleurs le souhait d'avoir ces documents à la portée, dans le local de travail. L'ajout de dépliants et d'outils semble avoir porté fruit, car aucune mention à ce sujet n'a été faite par le groupe B. Un autre irritant des professionnelles par rapport à l'environnement de pratique se situe au niveau de l'absence de suivi suite aux interventions. Le fait de ne pas avoir la possibilité d'effectuer un suivi avec le client suite à une première intervention et de ne pas savoir si une autre professionnelle le fera en démotive ou en rend certaines insatisfaites. Par ailleurs, on note que la rotation du personnel représente également un obstacle et que la

multitude d'interventions à réaliser pour un même client oblige à prioriser les interventions qui seront réalisées.

La faible implication du client à l'égard des saines habitudes de vie (n=18) représente la majorité des obstacles mentionnés qui sont en lien avec la clientèle (n=30). Les citations reliées à ce thème parlent surtout de manque d'ouverture des clients, de non-réceptivité lorsqu'on parle de saines habitudes de vie ainsi que du manque de motivation et/ou d'intérêt de leur part. La condition de santé de la clientèle ainsi que la raison de consultation semble également limiter la transmission de messages sur les saines habitudes de vie. On mentionne aussi dans les obstacles liés à la clientèle leur profil socio-économique, leurs habitudes de vie ancrées, ainsi que leur manque de temps pour recevoir des conseils suite à leur rendez-vous.

Parmi les obstacles liés aux professionnelles (n=6), quatre proviennent du groupe A et réfèrent aux connaissances limitées de celles-ci. Cet aspect ne semble plus représenter un obstacle dans le groupe B, aucune citation n'ayant trait à ce sujet n'ayant été formulée. Dans ce groupe, on mentionne plutôt l'oubli de réaliser des interventions de la part des professionnelles ainsi que l'impression que les gestionnaires auraient tendance à leur faire sentir qu'elles doivent s'approprier la santé de l'individu. Les obstacles de cette catégorie représentent toutefois moins de 10% des obstacles totaux dans les deux groupes.

Par rapport aux facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie (n=43), un fort pourcentage de ceux qui ont été nommés est lié à l'environnement de pratique (n=26). La documentation à remettre aux clients à la portée des professionnelles est mentionnée comme un facteur facilitant important dans le groupe A, où douze citations en font mention. Les outils de travail sont considérés comme un facteur pouvant faciliter les interventions de courte durée en saines habitudes de vie surtout dans le groupe A où neuf citations en donnent des exemples. On propose entre autres une feuille spéciale au dossier pour le suivi des clients et aussi la modification de la collecte de données pour y inclure des questions reliées aux saines habitudes de vie. Le temps horaire alloué à la prévention est

quant à lui un facteur presque autant nommé dans le groupe A que dans le groupe B. Cet aspect représente toutefois un plus fort pourcentage des facteurs facilitants reliés à l'environnement de pratique dans le groupe B. Le groupe A a mentionné à une reprise que le fait d'assurer un suivi auprès des clients serait un facteur facilitant.

Dans les facteurs facilitants liés aux professionnelles (n=12), quatre citations ont trait à la formation dans le groupe A comparativement à une citation dans le groupe B. Cette citation est par ailleurs en lien avec de la formation continue. Trois citations soulèvent le soutien des pairs comme facteur facilitant dans le groupe A. On parle de collaboration et d'échange, du fait que les collègues travaillent dans le même sens que soi et de se sentir soutenue. D'investiguer plus dans la réalité de la vie des gens (groupe A) et en parler de façon progressive (groupe B) sont considérés comme des façons d'aborder le message pouvant faciliter les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Le fait que les professionnelles aient elles-mêmes de saines habitudes de vie a été mentionné une fois dans le groupe A. Recevoir du feed-back sous forme de suivi concret de ce qui se vit pour le client qui participe au programme de counselling plus intensif sur les saines habitudes de vie a été un désir exprimé dans le groupe B.

Seul le groupe A a mentionné des facteurs facilitants liés à la clientèle (n=5). Parmi ceux-ci, quatre mentions ont rapport à la motivation du client. Le fait que le problème de santé soit réglé semble aussi faciliter les interventions.

Deux questions portaient sur la motivation et le soutien qu'une tierce personne pourrait apporter aux professionnelles, soit ceux d'une collègue de travail et d'un professionnel spécialisé. Être une personne ressource constitue un des rôles majeurs que les infirmières attribuent à l'une ou l'autre de ces personnes. Ce rôle se définit par l'apport d'une expertise et de conseils dans certains domaines en plus de la mise à jour des données provenant de nouvelles études. On attend également d'un professionnel spécialisé qu'il soit disponible pour répondre aux questions plus spécifiques et aussi qu'il fournisse de l'information écrite.

Les échanges sur les expériences vécues sont également un aspect important. De la part d'une collègue de travail, ces échanges ont pour but de « savoir comment [leurs] collègues procèdent avec les différentes habitudes de vie ». Afin de faciliter ces discussions, l'organisation de rencontres par une collègue et/ou un professionnel spécialisé est une demande. Les réunions d'équipe sont désignées comme étant de bons moments pour aborder cet aspect.

La production d'outils à remettre aux clients est également mentionnée pour les deux personnes, toutefois plus en importance pour le professionnel spécialisé qui aurait potentiellement plus de temps à consacrer à cette tâche. On considère de plus que cette personne pourrait fournir du feed-back sur les clients qui poursuivent un programme de prévention intensif.

Plusieurs attitudes positives envers les interventions de courte durée en saines habitudes de vie ont été soulevées dans les commentaires généraux. Celles-ci sont surtout en lien avec les effets bénéfiques que ces interventions peuvent avoir sur la clientèle des Services de santé courants.

Les citations complètes de chacun des questionnaires regroupées par thèmes se trouvent en **Annexes K et L**.

Tableau XII

Inconvénients et obstacles associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Questions	Thèmes	Groupe A (n= 24)	Groupe B (n= 10)
		N (%)	N (%)
Inconvénients dans la pratique	Total pour la question	6 (100.0)	1 (100.0)
	1) Liés à l'environnement de pratique	6 (100.0)	1 (100.0)
	Surcharge de travail	5 (83.3)	0 (0.0)
	Retard dans l'horaire	1 (16.7)	1 (100.0)
Obstacles	Total pour la question	57 (100.0)	20 (100.0)
	1) Liés aux professionnelles	4 (7.0)	2 (10.0)
	Connaissances limitées des professionnelles	4 (100.0)	0 (0.0)
	Oubli de la part des intervenants	0 (0.0)	1 (50.0)
	Attitudes des intervenants sur les interventions de courte durée en saines habitudes de vie	0 (0.0)	1 (50.0)
	2) Liés à la clientèle	20 (35.0)	10 (50.0)
	Faible implication de la part du client à l'égard des saines habitudes de vie	11 (55.0)	7 (70.0)
	Condition de santé de la clientèle/raison de consultation	3 (15.0)	2 (20.0)
	Profil socio-économique de la clientèle	4 (20.0)	1 (10.0)
	Habitudes de vie ancrées de la clientèle	1 (5.0)	0 (0.0)
	Manque de temps de la clientèle	1 (5.0)	0 (0.0)
	3) Liés à l'environnement de pratique	33 (57.9)	8 (40.0)
	Manque de temps	18 (54.5)	7 (87.5)
	Manque de documents à remettre au client	5 (15.2)	0 (0.0)
	Manque d'outils pour les professionnelles	4 (12.1)	0 (0.0)
	Absence de suivi suite aux interventions	2 (6.1)	1 (12.5)
	Rotation du personnel	1 (3.0)	0 (0.0)
	Compétition entre les interventions à réaliser pour un même client	1 (3.0)	0 (0.0)
	Structure	1 (3.0)	0 (0.0)
	Environnement	1 (3.0)	0 (0.0)

Tableau XIII

Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et importance d'une collègue de travail ou d'un professionnel spécialisé

Questions	Thèmes	Groupe A (n= 24)	Groupe B (n= 10)
		N (%)	N (%)
Facteurs facilitants	Total pour la question	40 (100.0)	8 (100.0)
	1) Liés aux professionnelles	9 (25.7)	3 (37.5)
	Formation pour les professionnelles	4 (44.4)	1 (33.3)
	Soutien des pairs	3 (33.3)	0 (0.0)
	Les habitudes de vie des professionnelles	1 (11.1)	0 (0.0)
	Façons d'aborder le message	1 (11.1)	1 (33.3)
	Feed-back des interventions réalisées	0 (0.0)	1 (33.3)
	2) Liés à la clientèle	5 (14.3)	0 (0.0)
	Motivation du client	4 (80.0)	0 (0.0)
	La condition de santé de la clientèle/contexte de la consultation	1 (20.0)	0 (0.0)
	3) Liés à l'environnement de pratique	26 (60.0)	5 (62.5)
	Documentation à remettre aux clients à la portée	12 (46.2)	1 (20.0)
	Outils de travail	9 (34.6)	1 (20.0)
	Temps horaire alloué à la prévention	4 (15.4)	3 (60.0)
	Suivi auprès des clients	1 (3.8)	0 (0.0)
Motivation d'une collègue de travail	Total pour la question	12 (100.0)	2 (100.0)
	1) Liés aux professionnelles	8 (66.7)	2 (100.0)
	Être une personne ressource	3 (37.5)	2 (100.0)
	Échanges sur les expériences vécues	5 (62.5)	0 (0.0)
	2) Liés à l'environnement de pratique	4 (33.3)	0 (0.0)
	Organiser des rencontres de groupe	1 (25.0)	0 (0.0)
	Effectuer un suivi auprès des clients	1 (25.0)	0 (0.0)
	Mise à jour et/ou rappel de l'information	1 (25.0)	0 (0.0)
	Fournir des outils à remettre aux clients	1 (25.0)	0 (0.0)

Tableau XIII (suite)

Questions	Thèmes	Groupe A (n= 24)	Groupe B (n= 10)
		N (%)	N (%)
Soutien d'un professionnel spécialisé	Total pour la question	28 (100.0)	9 (100.0)
	1) Liés aux professionnelles	16 (57.1)	4 (44.4)
	Être une personne ressource	16 (100.0)	3 (75.0)
	Échanges sur les expériences vécues	0 (0.0)	1 (25.0)
	2) Liés à l'environnement de pratique	12 (42.9)	5 (55.5)
	Organiser des rencontres/formations	4 (33.3)	4 (80.0)
	Fournir des outils à remettre aux clients	6 (50.0)	0 (0.0)
	Fournir du feed-back sur la clientèle	1 (8.3)	1 (20.0)
Autres commentaires	En organisant des groupes d'enseignement pour la population	1 (8.3)	0 (0.0)
	Total pour la question	5 (100.0)	2 (100.0)
	1) Liés aux professionnelles	5 (100.0)	2 (100.0)
	Attitudes envers la prévention	5 (100.0)	2 (100.0)

6.2 Profil des répondants aux entrevues

6.2.1 Caractéristiques des professionnelles

Le **tableau XIV** présente les caractéristiques des professionnelles ayant participé aux entrevues comprenant les données démographiques (sexe, âge), leur expérience en services de santé courants, leur niveau de scolarité ainsi que leurs habitudes de vie en terme de statut tabagique, de consommation de légumes et de fruits ainsi que de pratique d'activité physique quotidienne.

Seulement un professionnel ayant participé aux entrevues est de sexe masculin. L'usage du féminin sera donc encore utilisé pour présenter les résultats des entrevues, d'autant plus qu'il est courant dans le domaine infirmier d'en faire usage. L'ensemble des professionnelles de ce groupe a 36 ans et plus, 80% ayant même 46 ans et plus, ce qui diffère des autres groupes où une certaine proportion était âgée de moins de 36 ans. Il y a autant de professionnelles qui possèdent moins de 5 ans d'expérience en Services de santé courants que de professionnelles qui possèdent entre 5 et 10 ans d'expérience. Les groupe A et C comprenaient également en majorité des professionnelles ayant 10 ans et moins d'expérience. Trois professionnelles ont complété une scolarité de niveau collégial alors que deux ont complété une formation universitaire dans le domaine des soins infirmiers.

Par rapport aux habitudes de vie, l'ensemble des professionnelles est non-fumeuses et toutes consomment également 5 portions et plus de légumes et de fruits par jour. Toutefois, seulement une professionnelle effectue 30 minutes et plus d'activité physique d'intensité modéré par jour, la plupart en effectuant moins de 10. Plus de professionnelles des groupes A et B rencontraient également les recommandations en lien avec la consommation de légumes et de fruits que celles par rapport à la pratique d'activité physique.

Tableau XIV

Profil des professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

Caractéristiques	Groupe C (n=5)
	N (%)
Sexe	
Féminin	4 (80.0)
Masculin	1 (20.0)
Âge	
< 25 ans	0 (0.0)
26-35 ans	0 (0.0)
36-45 ans	1 (20.0)
46 ans et plus	4 (80.0)
Années d'expérience aux Services de santé courants	
< 5 ans	2 (40.0)
5 à 10 ans	2 (40.0)
11 à 15 ans	1 (20.0)
16 à 20 ans	0 (0.0)
21 ans et plus	0 (0.0)
Niveau de scolarité	
Collégial	3 (60.0)
Universitaire	2 (40.0)
Habitudes de vie	
Fumeuses	0 (0.0)
Non-fumeuses	5 (100.0)
< 2 portions de légumes et fruits par jour	0 (0.0)
2 à 4 portions de légumes et fruits par jour	0 (0.0)
5 portions et plus de légumes et de fruits par jour	5 (100.0)
< 10 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	3 (60.0)
10 à 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	1 (20.0)
> 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour	1 (20.0)

Groupe C : Groupe entrevue et incidents critiques post interventions

6.2.2 Autres facteurs associés à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Le **tableau XV** présente les thèmes des entrevues menées auprès des professionnelles.

Plusieurs citations des entrevues regroupent des facteurs liés aux professionnelles, soit cinquante-et-une. Près des trois quarts de celles-ci (n=39) représentent des facteurs prédisposant aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie. À ce niveau, douze citations relatant des attitudes positives ont été notées. Une professionnelle démontre bien son accord à effectuer des interventions de courte durée en saines habitudes de vie auprès de ses clients :

« Je trouve que c'est très correct, très adapté de profiter de la visite des gens pour leur faire comprendre des messages qui ne trouveront peut-être pas fruit cette fois-là, mais à long terme ça peut éveiller un intérêt chez le client. On sème des petites graines dans le fond. ».

Parallèlement, quatre citations de deux professionnelles différentes parlent de leur sentiment d'être trop sollicitée. « On a beaucoup à faire... la charge est lourde. » dit l'une d'entre elles.

Les professionnelles disent croire en l'efficacité des interventions de courte durée en saines habitudes de vie, surtout au niveau de la prise de conscience qu'elles peuvent apporter chez les clients. On croit également que ça peut améliorer leur état de santé et par le fait même leur qualité de vie, en plus de sauver des soins. Les professionnelles conçoivent par ailleurs leur rôle de prévention en terme de sensibilisation. Pour le suivi, elles croient que leur rôle est plutôt de référer aux bonnes personnes. Il n'y a toutefois aucun doute qu'elles considèrent que les interventions de courte durée en saines habitudes de vie font partie de leur rôle en tant que professionnelle de la santé de première ligne. « Parce que c'est bien beau de dire qu'on n'a pas le temps, mais c'est l'essence même de notre travail. » affirme une professionnelle.

Les professionnelles semblent être en mesure de se valoriser dans le simple fait d'effectuer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Une des infirmières mentionne à ce sujet : « D'axer sur un processus de santé, ça en soi c'est une belle récompense. » Une autre professionnelle évoque à quatre reprises que ce qui est important pour elle, ce n'est pas le résultat, mais bien l'intégration de cette pratique auprès de ses clients. Deux professionnelles l'intègrent d'ailleurs tellement bien dans leur pratique qu'elles n'ont pas l'impression que ça leur prend du temps supplémentaire. Une d'entre elles rappelle à ce sujet qu'elles ont la possibilité de référer à d'autres ressources à l'intérieur du CSSS si des besoins plus spécifiques survenaient lors de l'intervention.

Une professionnelle a partagé que le fait d'avoir elle-même effectué une démarche d'adoption de saines habitudes de vie dans le passé l'aidait à transmettre ces valeurs auprès de ses clients.

Toujours dans les facteurs liés aux professionnelles, cinq citations reflètent l'impression que les professionnelles ont d'être suffisamment préparées pour effectuer des interventions de courte durée en saines habitudes de vie et constituent donc des facteurs facilitant ces interventions.

Dans les facteurs de renforcement liées aux professionnelles, on mentionne le désir d'obtenir du feed-back sur le fruit des interventions. Il semble important de connaître le cheminement du client suite aux conseils qu'on lui a offert. Sinon, les professionnelles ont parfois l'impression d'effectuer ces interventions « dans le vide ».

Vingt-cinq citations sont liées à la clientèle, soit le plus faible nombre par rapport à celles liées aux professionnelles (n=51) et celles liées à l'environnement de pratique (n=70). Dans les facteurs prédisposants de la clientèle, toutes les citations (n=11) ont été regroupées dans les attitudes. Tout d'abord, on aborde le stade de changement de comportement du client en mentionnant le manque de réceptivité souvent perçu, de l'impact de cette situation et des solutions possibles. Certains sujets seraient également moins susceptibles de provoquer de mauvaises réactions provenant de la clientèle selon une professionnelle. Ensuite, quatre

mentions mettent en évidence le biais de désirabilité des clients lorsqu'on aborde le sujet des saines habitudes de vie avec eux. Finalement, deux professionnelles parlent du fait qu'elles apprécient lorsque les clients démontrent de l'intérêt face aux sujets discutés.

Dans les facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie associés à la clientèle, on aborde la régularité des clients qui permet plus facilement d'effectuer des interventions, les professionnelles affirmant qu'elles ont souvent plus de temps avec les clients qui se présentent régulièrement pour recevoir des soins. Dans certains cas, la raison de consultation peut toutefois devenir un obstacle selon les professionnelles, car le client est centré sur la raison qui l'amène à consulter. C'est pourquoi elles mentionnent l'importance de relier les messages de prévention à cette problématique.

L'obtention de résultats chez les clients qui ont reçu une intervention de courte durée sur leurs habitudes de vie représente un facteur de renforcement lié à la clientèle important. Cet aspect a été mentionné par deux professionnelles différentes et ce, à deux reprises chacune. Il est à noter que ce ne sont pas les mêmes professionnelles qui ont auparavant affirmé qu'elles trouvaient leur valorisation dans le simple fait d'effectuer l'intervention.

Les citations mentionnant des facteurs liés à l'environnement de pratique (n=70) représentent près de la moitié de toutes les citations. Presque la totalité des citations de cette catégorie constitue des facteurs facilitants (n=66). À ce sujet, vingt et une abordent des outils pour les professionnelles. Une feuille à insérer au dossier des clients a été créée suite à une demande des professionnelles du groupe A. Toutefois, son utilisation semble limitée selon les professionnelles ayant participé aux entrevues. Par ailleurs, les infirmières ont salué à sept reprises l'initiative de mettre les questions reliées aux saines habitudes de vie directement dans la collecte de données. Ces mêmes professionnelles affirment également utiliser peu l'outil aide-mémoire qu'elles possèdent dans leur bureau. Dans le cas de cet outil, tout comme de la feuille à insérer au dossier, on dit que la non-utilisation est liée à des oublis, car de bonnes critiques ont été formulées à l'égard des deux outils. L'importance semble mise sur la transmission des messages de santé et non sur « toute la paperasse autour ».

Posséder le temps suffisant pour effectuer les interventions de prévention lors des visites constitue un facteur facilitant important. Trois des professionnelles ont formulé d'ailleurs douze citations pour faire valoir qu'elle ne possédait pas suffisamment de temps, les trente minutes allouées par consultation étant jugées insuffisantes pour effectuer des interventions de prévention. Il est à noter que les professionnelles ayant fait ces mentions ne sont pas les mêmes qui ont affirmé auparavant qu'elles intégraient les interventions de prévention directement dans leur pratique.

Les rappels dans le milieu sont également nommés comme des facteurs facilitants importants. On apprécie la présence d'une personne, car « c'est plus facile quand on voit la personne et son dynamisme en pleine possession de ses moyens quand [elle nous transmet] de l'information, donc à quelque part c'est très stimulant. ». Les réunions sont mentionnées comme un moment propice à ce genre de rappels en personne.

Huit citations parlent de l'importance des outils à remettre aux clients. Les professionnelles les voient comme un avantage, car si elles n'ont pas le temps de parler des saines habitudes de vie, au moins le client pourra lire le matériel s'il est intéressé. Il a été mentionné seulement une fois qu'il manquait d'outils à remettre aux clients.

Il semble plus facile d'intégrer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie dans le cadre des visites initiales comparativement aux visites subséquentes pour certaines professionnelles. En effet, quatre citations d'une même professionnelle sont en lien avec la difficulté d'intégrer ces interventions spécifiquement lors des visites de suivi. Lorsque cette personne a été questionnée sur ce qui rendait cette pratique difficile, elle a répondu : « Parce qu'il faudrait que je réanalyse la collecte de données, qu'est-ce qui a été fait au niveau des saines habitudes de vie. Est-ce que le client fume, l'alimentation, l'exercice... Est-ce qu'il y a des changements qu'il était prêt à faire... ». Le fait que le client n'est souvent pas revu par le même professionnel a d'ailleurs été nommé comme un obstacle par trois autres professionnelles.

Une professionnelle a mentionné que la présence d'une personne porteuse de dossier pourrait faciliter les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Selon elle, cette personne devrait faire directement partie de l'équipe et elle aurait le mandat de stimuler les professionnelles et de leur véhiculer de l'information.

Finalement, une professionnelle a exposé son opinion sur la nécessité de l'implication de l'établissement :

« Moi je suis à la source avec les individus, mais si la personne qui met en branle tout ce processus là, s'il n'y a pas d'interaction entre les deux, j'ai l'impression que chacun travaille de son côté et ça fait en sorte que le message a peut-être tendance à vouloir se dissoudre un peu plus dans ce temps-là. ».

La reconnaissance de la part de l'établissement est également importante selon une autre professionnelle qui a exprimé sa déception à ce niveau : « À la fin de la journée on ne me reconnaîtra pas plus, on ne me payera pas plus... Ce n'est pas un manque de volonté. On veut me demander beaucoup, il faut aussi qu'on me donne. ».

Une professionnelle a par ailleurs exprimé de l'inquiétude quant au fait que l'établissement n'aurait probablement pas axé autant sur l'aide apportée aux professionnelles dans l'intégration de cette pratique s'il n'y avait pas eu le projet de recherche. Elle se questionne à savoir si d'autres suivis ou autre forme de soutien sera offert une fois le projet terminé.

Les citations complètes de chacune des entrevues regroupées par thèmes se trouvent en **Annexe M**.

Tableau XV

Facteurs associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie selon les professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

Facteurs	Thèmes	N
Liés aux professionnelles		51
1) Facteurs prédisposants		39
Attitudes	Total pour le facteur	16
	Attitudes positives envers les interventions de courte durée en saines habitudes de vie	12
	Capacité à gérer la charge de travail	4
Croyances	Total pour le facteur	12
	Perception de l'efficacité de l'intervention en terme de bénéfices pour la clientèle	6
	Conception du rôle de prévention en tant que professionnel de la santé de 1 ^{ère} ligne	6
Efficacité personnelle	Total pour le facteur	10
	Valorisation des professionnelles par le simple fait d'accomplir une bonne action	5
	Capacité à l'intégrer dans la pratique	5
Pratiques de santé personnelles	Les expériences positives des professionnelles ayant adopté de saines habitudes de vie	1
2) Facteurs facilitateurs		5
	Impression d'être suffisamment préparée	5
3) Facteurs de renforcement		7
Feed-back sur le résultat des interventions	Désir d'obtenir du feed-back sur le fruit des interventions	5
Discussion avec les pairs	Importance de transmettre les compétences sur la réalisation d'intervention courtes en saines habitudes de vie à d'autres collègues	2

Tableau XV (suite)

Facteurs		Thèmes	N
Liés à la clientèle			25
1) Facteurs prédisposants			11
Attitudes	Total pour le facteur		11
	Stade de changement de la clientèle		5
	Biais de désirabilité des clients		4
	Importance de l'intérêt des clients		2
2) Facteurs facilitateurs			10
Contexte de la consultation	Total pour le facteur		10
	Régularité des visites du client		3
	Raison de la consultation		4
	État de santé du client		2
	Importance de relier l'intervention à l'état de santé		1
3) Facteurs de renforcement			4
Résultats des clients	Importance de l'obtention de résultats chez les clients		4
Liés à l'environnement de pratique			70
1) Facteurs facilitateurs			66
Outils pour les professionnelles	Total pour le facteur		21
	Outils dans le dossier		12
	Collecte de données		7
	Outil aide-mémoire		2
Facteurs logistiques	Temps suffisant		12
Rappels dans le milieu	Total pour le facteur		10
	Importance de la transmission verbale dans le soutien aux pratiques		5
	Rappels lors des réunions		3
	Rappels par les formations offertes		2

Tableau XV (suite)

Facteurs	Thèmes	N
Liés à l'environnement de pratique (suite)		70
1) Facteurs facilitants (suite)		66
Outils pour les clients	Ressources matérielles suffisantes	9
Contexte de pratique (continuité des soins)	Total pour le facteur	7
	Capacité d'intégrer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie lors des visites de suivi	4
	Suivi par les mêmes professionnelles	3
Personne porteuse de dossier	Total pour le facteur	6
	Statut et rôle de la personne porteuse de dossier	4
	Importance d'une personne porteuse de dossier	2
Pratique	Impression sur la pratique	1
2) Facteurs de renforcement		4
	Démarche soutenue par l'établissement	4

6.3 Incidents critiques associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

La section suivante abordera les incidents critiques positifs et négatifs associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie tel que rapportés par les professionnelles dans les questionnaires ou en entrevue. Le **tableau XVI** présente les thèmes de ces incidents critiques.

Dans les événements positifs, seulement un événement est lié aux professionnelles et il relate une expérience où la professionnelle donne des conseils à un client. Les autres événements positifs rapportés dans les réponses aux questions ouvertes des questionnaires ainsi que ceux rapportés lors des entrevues sont tous liés à la clientèle. La plupart d'entre eux font allusion à l'intérêt des clients par rapport aux services de prévention offerts au CSSS ou encore à entendre parler des saines habitudes de vie. On apprécie quand les clients s'impliquent activement dans la démarche, comme dans le cas d'un « client [qui a] redemandé les références à une visite ultérieure de lui-même ». Ensuite, quelques événements racontent les bons résultats obtenus avec certains clients avec qui une démarche a été entreprise ou à qui des conseils ont été formulés. Dans l'extrait qui suit, l'infirmière relate la valorisation que ces résultats lui ont procurée.

« Un client que je connaissais, c'était le père d'une ancienne amie de classe du primaire que j'ai reçu ici. C'est un monsieur qui était emphysémateux avec des problèmes cardiaques assez sévères, c'était un gros gros fumeur. Donc là je voulais le lancer vers Daniel. Je lui ai expliqué qu'il y avait possibilité de rencontres pour rencontrer un professionnel en cessation tabagique, puis s'il avait de l'intérêt, puis finalement je me suis dit, bien mon message est passé. À partir de là, va-t-il y avoir vraiment quelque chose? Puis lui il est allé, puis il a réussi à passer à travers de ça, puis quand il est revenu par la suite, parce que c'est des soins aux trois mois qu'on lui fait, il a réussi, tu sais le message a passé, bien ça a donné quelque chose. Ça c'est valorisant. »

Finalement, un événement parle de la satisfaction d'un client de s'être fait référé à un programme de soutien par l'infirmière qu'il avait rencontrée et un autre mentionne dans les entrevues le fait qu'une professionnelle apprécie lorsque le conjoint s'implique au niveau de la prise en charge, surtout lorsqu'il s'agit de l'alimentation.

Pour les événements négatifs, 75% sont liés à la clientèle, autant dans les événements rapportés dans les réponses aux questions ouvertes des questionnaires que lors des entrevues. Des événements font d'abord ressortir le stade de pré-contemplation de certains clients qui n'envisagent même pas changer leurs habitudes quand on leur parle de saines habitudes de vie. La citation qu'une infirmière a inscrite dans ses réponses aux questions ouvertes du questionnaire reflète bien cet état des clients : « Réponse d'un client : « C'est tout ce qui me reste de fumer. » ». Ensuite, des événements relatent le manque de motivation de certains clients à changer leurs habitudes de vie. Cet extrait des entrevues démontre l'effet décourageant que cette attitude peut avoir sur la professionnelle qui aborde le sujet des saines habitudes de vie avec le client.

« Il y en a que c'est comme décourageant, ils disent qu'ils vont comme vouloir faire de l'exercice, soit de bien s'alimenter, soit cesser de fumer, mais ça ne se fait pas, puis c'est juste comme... comme plus comme parle-moi en pas. L'intérêt n'était pas vraiment là. Ils ont montré de l'intérêt, mais finalement ça a comme tout tombé, puis ça a comme fini là. »

La mauvaise réceptivité de la clientèle fait aussi partie des événements négatifs qui ont été cités dans les réponses ouvertes aux questionnaires ainsi que lors des entrevues. On cite à ce sujet des exemples de clients qui sont devenus en colère lorsqu'on leur a parlé des saines habitudes de vie. Une infirmière affirme même que certains clients « deviennent agressifs quand [elle] aborde le sujet. ».

Deux événements rapportent l'absence de résultats chez des clients, soit au niveau de l'amélioration de l'état de santé ou encore tout simplement du changement de comportement suite aux interventions.

Finalement, lors des entrevues, des professionnelles ont raconté le questionnement que certains clients leur renvoient lorsqu'elles abordent les saines habitudes de vie avec eux, puisqu'ils sont seulement centrés sur leur problème de santé et qu'ils ne voient pas le lien des saines habitudes de vie avec celui-ci. On dit également que les clients seraient méfiants lorsqu'on leur pose certaines questions à ce niveau et qu'ils savent que leurs habitudes sont déficientes. Les professionnelles ont ainsi parfois l'impression de ne pas recevoir les vraies réponses à ces questions.

Dans les événements négatifs qui sont liés à l'environnement de pratique, un mentionne le manque de temps, surtout avec la clientèle des aînés qui en nécessite souvent plus et un autre le manque de suivi par les mêmes professionnelles qui occasionne de la frustration. Lors des entrevues, les événements énoncent le manque le feed-back que les professionnelles reçoivent suite aux interventions qu'elles effectuent. Une infirmière affirme : « On ne voit pas le résultat. C'est juste d'en parler. ».

Les citations complètes de ces incidents critiques regroupées par thèmes se trouvent en **Annexe N**.

Tableau XVI

Incidents critiques associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie rapportés par les professionnelles (infirmières)

Événements	Thèmes	N
1) Questionnaires destinés aux professionnelles		
Positifs		9
	1) Liés aux professionnelles	1
	Professionnelle qui donne des conseils	1
	2) Liés à la clientèle	8
	Intérêt des clients	5
	Bons résultats des clients	2
	Satisfaction des clients	1
Négatifs		12
	1) Liés à la clientèle	9
	Mauvaise réceptivité de la clientèle	4
	Stade de pré-contemplation des clients	3
	Manque de motivation des clients	1
	Peu de résultats des clients	1
	2) Liés à l'environnement de pratique	3
	Manque de temps	1
	Le manque de suivi par les mêmes professionnelles	2

Tableau XVI (suite)

Événements	Thèmes	N
2) Entrevues menées auprès des professionnelles		
Positifs		4
1) Liés à la clientèle		4
Bons résultats des clients		2
Intérêt des clients		1
Soutien du conjoint		1
Négatifs		8
1) Liés à la clientèle		6
Manque de motivation des clients		2
Client centré sur son problème de santé		1
Méfiance des clients		1
Stade de pré-contemplation des clients		1
Peu de résultats des clients		1
2) Liés à l'environnement de pratique		2
Manque de feed-back au niveau des résultats des interventions		2

7) DISCUSSION

Le counselling sur les habitudes de vie offert par les professionnels de la santé constitue une pratique clinique préventive encore sous-utilisée qui a toutefois démontré son efficacité dans le passé. Ces interventions font même partie des stratégies retenues par le Programme national de santé publique pour atteindre ses objectifs en matière de réduction de facteurs de risque de maladies chroniques dans la population. Notre recherche a permis de jeter un regard sur les facteurs favorisant ce genre d'interventions dans un contexte encore peu exploré, soit chez les infirmières de Services de santé courants des CSSS québécois.

7.1 Faits saillants des résultats

Tel que mentionné par la littérature, plusieurs facteurs sont en lien avec les interventions de prévention menées par les professionnels de la santé. Notre recherche a démontré qu'il existe des facteurs en lien avec les professionnelles, d'autres en lien avec la clientèle et finalement certains en lien avec l'environnement de pratique.

7.1.1 Facteurs principalement liés aux professionnelles

Dans les facteurs en lien avec les professionnelles, l'étude a démontré que l'âge de celles-ci était positivement corrélé avec le stade de Prochaska concernant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie dans le groupe mesuré avant la mise en place des différentes stratégies. La littérature révèle au contraire que les professionnelles plus jeunes seraient plus actives en matière de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Frank et Kunovich-frieze, 1995). Toutefois, l'expérience des professionnelles du même groupe en Services de santé courants a également établi une corrélation positive avec les interventions en arrêt tabagique, une donnée non-explorée dans la littérature, mais qui va de pair avec la corrélation positive obtenue avec l'âge, les infirmières les plus expérimentées étant par le fait même souvent plus âgées.

L'activité physique est la seule habitude de vie des infirmières pour laquelle une corrélation positive a été obtenue avec les interventions de courte durée, dans ce cas, en activité physique. La littérature a maintes fois démontré que les professionnels ayant eux-

mêmes de saines habitudes de vie effectuaient plus d'interventions de prévention dans ce domaine, une idée qu'une professionnelle de l'étude a également mentionné dans les réponses aux questions ouvertes des questionnaires (Walsh et McPhee, 1992, Ammerman et coll., 1993, Jaen et coll., 1994, Frank et Kunovich-frieze, 1995, Frank et coll., 2002, Frank et coll., 2003, Brotons et coll., 2005). Une infirmière a également relaté qu'après avoir déjà entrepris elle-même une démarche de changement de comportement dans le passé, elle était devenue plus confiante d'aborder ce sujet avec ses clients, tout comme la littérature le mentionne (Brotons et coll., 2005).

Les attitudes des professionnelles de cette étude sont très favorables aux interventions de prévention et même si elles mentionnent en majorité que cette pratique leur occasionne une surcharge de travail, elles sont d'accord que cette même pratique s'insère bien dans leur travail. Les recherches auprès des médecins rapportées dans la littérature ont d'ailleurs aussi démontré des attitudes extrêmement positives de leur part (Valente et coll., 1986, Kushner, 1995, Cornuz et coll., 2000, Brotons et coll., 2005, Litaker et coll., 2005). De plus, plusieurs variables reliées aux attitudes de cette recherche se sont avérées positivement corrélées avec le profil de pratique des professionnelles en matière d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie, tout comme la littérature sur le sujet l'avait prédit (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994, Frank et Kunovich-frieze, 1995, Lopez-de-Munain et coll., 2000, Lawrence et coll., 2004, Brotons et coll., 2005). Dans le cas de la présente recherche, les corrélations positives sont plus nombreuses avec les interventions en alimentation, ce qui laisse croire que les attitudes influencent plus ce domaine de pratique.

Selon le modèle de Walsh et McPhee, les médecins et les professionnels de la santé doivent être convaincus que le fait de discuter des habitudes de vie peut avoir un impact sur le mode de vie de leurs clients pour le faire (Walsh et McPhee, 1992). Notre étude a en effet montré une corrélation positive entre l'énoncé se rapportant à la croyance de l'efficacité des interventions et la fréquence des interventions en alimentation dans le groupe ayant été exposé aux différentes stratégies. On pouvait d'ailleurs noter une plus forte proportion de professionnelles qui disaient croire en l'efficacité de ces interventions dans ce groupe comparativement au groupe n'ayant pas encore expérimenté de façon plus formelle les interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

L'expérimentation leur a donc probablement permis de réaliser que ces interventions pouvaient avoir un impact sur les clients. En entrevue, elles ont en effet mentionné croire que les interventions de prévention étaient efficaces, surtout au niveau de la prise de conscience qu'elles pouvaient amener chez le client concernant sa santé.

Le fait de croire que la clientèle possède suffisamment de connaissances sur les saines habitudes de vie a été dans le cas de cette recherche positivement corrélé avec les interventions en activité physique. L'article de Walsh et McPhee mentionne à ce sujet que plusieurs médecins et professionnels de la santé ont tendance à surestimer le niveau de connaissances de leurs clients sur les saines habitudes de vie et que cette croyance aurait comme impact de les amener à moins discuter de ces sujets avec eux (Walsh et McPhee, 1992). L'intérêt et la motivation des clients sont toutefois des aspects auxquels les infirmières portent une grande importance, tel que soulevé à plusieurs reprises dans les données qualitatives de cette étude. On peut donc penser que les clients qui démontrent le plus d'intérêt et de motivation sont aussi ceux qui sont les plus renseignés et c'est pourquoi les infirmières sont plus enclines à discuter de ces sujets avec eux.

Notre étude n'a pas réussi à établir de corrélation entre le fait de croire que les interventions de prévention font partie du rôle des infirmières en tant que professionnelle de la santé et le profil de pratique à ce niveau, contrairement à ce que la littérature a pu rapporter (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994). Il n'y a toutefois aucun doute à savoir si les infirmières de notre étude croient que les interventions de prévention font bel et bien partie de leur rôle, presque la totalité des infirmières des deux groupes étant en accord ou tout à fait en accord avec cette affirmation. D'ailleurs, elles ont mentionné lors des entrevues que les interventions de prévention représentaient une partie importante de leur travail, ce qui avait aussi été relevé dans les questions à choix de réponses des questionnaires.

Plusieurs variables de l'efficacité personnelle ont démontré des corrélations positives avec le profil de pratique des professionnelles. Se sentir capable d'effectuer des interventions de prévention a d'ailleurs été mis en lien avec une augmentation de ces interventions dans la littérature (Walsh et McPhee, 1992, Litaker et coll., 2005). Les professionnelles considèrent par ailleurs que des connaissances limitées, une des variables ayant servi à mesurer le degré d'efficacité personnelle dans les questionnaires,

constituaient un obstacle important aux interventions de prévention. Les formations et autres stratégies employées pour faciliter et renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie semblent pouvoir améliorer cet aspect, car aucune infirmière du groupe ayant profité de ces stratégies n'a mentionné que les connaissances limitées représentaient un obstacle aux interventions. Fait intéressant, les formations ont été nommées plus souvent comme facteur facilitant les interventions de courte durée dans le groupe A comparativement au groupe B où un seul énoncé était en lien avec cet aspect. Cet énoncé fait d'ailleurs référence à de la formation continue, ce qui reflète probablement encore une fois l'efficacité des formations et des stratégies mises en place. De plus, une proportion plus importante d'infirmières se dit suffisamment formées pour aborder le sujet des saines habitudes de vie avec leurs clients dans le groupe ayant bénéficié des deux formations supplémentaires sur les interventions en saines habitudes de vie que dans le groupe ne les ayant pas reçues. Les formations pour les médecins et les professionnels de la santé sont aussi associées à une augmentation des interventions de prévention dans la littérature (Walsh et McPhee, 1992, Maheux et coll., 1999, Lawrence et coll., 2004). La revue de littérature parue récemment sur la description, l'impact et les conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques met toutefois un bémol en précisant que la présence de facteurs facilitants et de renforcement à la suite des formations apparaît essentielle pour accroître la modification de comportement des médecins et des professionnels de la santé (Provost, 2007).

Le soutien et l'approbation des pairs ont obtenu plusieurs corrélations positives avec le profil de pratique des infirmières. La littérature mentionne également l'effet renforçant de ces aspects (Walsh et McPhee, 1992). De plus, la recherche a pu démontrer tel qu'énoncé dans la littérature que sentir que la pratique des pairs s'approche de la leur incite les médecins et les professionnels de la santé à effectuer des interventions de prévention, tout comme le font aussi les discussions avec les pairs sur le sujet (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1994). Un des rôles importants attribués à une collègue de travail concerne d'ailleurs la possibilité d'échanges sur les expériences vécues avec elle. La communication verbale semble d'ailleurs être le moyen privilégié d'échanges pour les infirmières. L'usage des termes « parler », « dire », « discussion », « verbal » reflète cette préférence dans le mode de transmission des expériences. La mise en place de communautés d'échanges serait un aspect à considérer afin de répondre à ce besoin manifesté par les professionnelles.

7.1.2 Facteurs liés principalement à la clientèle

Bien que les questionnaires ne s'étaient que très peu penchés sur les facteurs en lien avec la clientèle, plusieurs facteurs de ce type ont été soulevés dans les réponses aux questions ouvertes ou encore lors des entrevues. En plus de leurs attitudes en lien avec la prévention déjà discutées précédemment, des facteurs portant sur leur condition de santé ainsi que la raison de consultation ont été nommés. En Services de santé courants, les infirmières reçoivent des clients présentant souvent une problématique aiguë nécessitant des soins réguliers sur une courte période. Ceux-ci sont donc souvent plus préoccupés par cette problématique que par les conseils qu'on pourrait leur offrir en terme de prévention. Une infirmière a d'ailleurs relaté un souvenir négatif en lien avec un client qui était seulement centré sur la raison de sa consultation et qui ne désirait entendre parler de rien d'autre. Ce contexte de travail porte à nous questionner sur le choix de ce secteur pour effectuer ce genre d'interventions, sachant que les médecins et les professionnels de la santé effectueraient plus d'interventions de prévention lors des visites de santé générale comparativement aux visites pour des soins aigus (Jaén et coll., 1994, Jaén et coll., 1998, Hahn et Olson, 1999, Stange et coll., 2000, Beaudoin et coll., 2001, Litaker et coll., 2005). De plus, la littérature démontre que si la raison de consultation est liée à une maladie chronique, le médecin ou le professionnel de la santé aura plus tendance à effectuer une intervention de prévention (Walsh et McPhee, 1992, Jaén et coll., 1998, Flocke 1998).

La littérature suppose que moins de discussions sur les saines habitudes de vie ont lieu avec les clients déjà connus du médecin ou du professionnel de la santé. Les infirmières de cette étude croient toutefois que la régularité de certains de leurs clients leur permet d'avoir plus de temps avec eux pour discuter de ce sujet (Flocke et coll., 1998, Beaudoin et coll., 2001). Malheureusement, l'attribution des rendez-vous s'effectue de façon aléatoire dans le secteur des Services de santé courants du CSSS où l'étude a été réalisée. Revoir le même client dépend donc plus du hasard que d'arrangements spéciaux pour faciliter le suivi au niveau des saines habitudes de vie. C'est ce qui explique probablement que les professionnelles de notre étude affirment effectuer moins d'interventions de prévention lors des visites de suivi que lors de la visite initiale du client, un aspect aussi mentionné dans la littérature (Mamon et Paccagnella, 1991, Tremblay et coll., 2005). À ce sujet, les professionnelles ont souligné à plusieurs reprises lors des entrevues que le fait d'avoir directement les questions sur les saines habitudes de vie dans la collecte de données initiale constituait un bon indice à l'action pour elles. Quelques

études ont d'ailleurs regardé l'impact de l'utilisation d'outils de rappel mis en évidence dans le dossier, dont celle de Shannon et de ses collaborateurs qui a réussi à mesurer une augmentation de la prestation de services reliés au counselling de l'ordre de 15% avec l'utilisation d'un tel outil (Shannon et coll. 2001).

Walsh et McPhee ont affirmé dans leur modèle que se rendre compte qu'un client a un mauvais comportement de santé parce qu'on lui a posé la question augmentait les interventions de prévention (Walsh et McPhee, 1992). Notre recherche n'a pas réussi à établir de corrélation claire à ce sujet. Toutefois, une forte majorité d'infirmières a affirmé que la détection de cas non adéquats face aux recommandations les encourageait à aborder le sujet des saines habitudes de vie avec d'autres clients.

Tout comme la motivation et l'intérêt des clients ont été mentionnés comme des aspects importants, la perception de leur satisfaction l'est tout autant selon les commentaires recueillis dans les données qualitatives. Cette affirmation a d'ailleurs obtenu des corrélations positives avec les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, tel que prédit dans la littérature (Walsh et McPhee, 1992). Malheureusement, plusieurs professionnelles ont parallèlement affirmé être plus ou moins en accord avec le fait qu'elle percevait de la satisfaction de la part de leur clientèle lorsqu'elles abordaient des sujets reliés aux saines habitudes de vie.

Les données qualitatives reflètent par ailleurs une faible implication des clients à l'égard des saines habitudes de vie. Cette situation est d'ailleurs fortement représentée autant dans les obstacles aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie que dans les événements négatifs rapportés par la technique des incidents critiques. Ce manque de réceptivité de la part des clients à entendre parler des saines habitudes de vie explique probablement le peu de satisfaction que les professionnelles perçoivent de leur part lorsqu'elles abordent ce sujet avec eux.

L'obtention de résultats chez les clients pourrait également renforcer les interventions de prévention selon les infirmières de cette étude, quoique certaines d'entre elles ont affirmé accorder plus d'importance à l'intervention elle-même plutôt qu'aux résultats qui s'en suivent. Plusieurs souvenirs positifs mis en lumière par la technique des incidents critiques réfèrent à l'histoire de certains clients s'étant pris en charge et ayant

entamé une démarche d'adoption de saines habitudes de vie pour leur santé suite à une intervention effectuée par l'infirmière. Toutefois, un problème réside dans le fait que les infirmières obtiennent souvent peu de feed-back sur les interventions qu'elles effectuent, une situation souvent mentionnée comme un aspect négatif pouvant nuire aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Une revue de littérature de trois études sur le counselling en arrêt tabagique a d'ailleurs soulevé le fait que le manque de feed-back suite aux interventions des médecins cause leur désintérêt à effectuer du counselling (Virginia et coll., 1987).

Il demeure toutefois important de rappeler aux professionnelles qui effectuent ces interventions que le changement de comportements de santé représente le défi de tous et chacun et que les impacts des interventions réalisées peuvent prendre du temps à se manifester. Il importe de voir ces actions dans un contexte global où les interventions des autres professionnels impliqués dans le dossier ainsi que du personnel médical entourant le client pourront se compléter et mener vers le but ultime du changement de comportement durable.

7.1.3 Facteurs principalement liés à l'environnement de pratique

Le manque de temps pour effectuer des interventions de prévention a été maintes fois cité dans la littérature comme une des principales barrières à ce genre d'interventions, surtout pour les activités de counselling (Ammerman et coll., 1993, Arborelius et Bremberg, 1994, Kushner 1995, Helman, 1997, Cornuz et coll., 2000, Brotons et coll., 2005). C'est d'ailleurs l'aspect qui a été nommé le plus souvent dans les groupes A et B lors de la question ouverte sur les principaux obstacles aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Avoir du temps horaire alloué à la prévention lors des rencontres avec les clients a aussi été nommé comme un facteur facilitant important. Les professionnelles ayant participé aux entrevues ont également abordé cet aspect. Une des professionnelles a toutefois pu exprimer que pour elle, les interventions de courte durée en saines habitudes de vie ne prenaient pas plus de temps dans sa pratique, car elle le faisait au travers de ses autres tâches, en effectuant un changement de pansement par exemple. Le partage d'expériences serait donc intéressant à ce niveau, permettant ainsi à d'autres professionnelles de croire en la possibilité d'effectuer les interventions de courte durée malgré le temps restreint des consultations avec leurs clients. Aucune corrélation n'a d'ailleurs été trouvée entre le fait d'affirmer avoir suffisamment de temps pour aborder des

sujets reliés aux saines habitudes de vie avec ses clients et le profil de pratique des professionnelles en matière d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

Le fait d'avoir à sa disposition tous les outils et ressources nécessaires pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec ses clients est positivement corrélé avec les interventions de courte durée en arrêt tabagique et en alimentation. Par contre, l'étude révèle qu'une majorité des infirmières des deux groupes est plus ou moins en accord avec cet énoncé. Les avis sont d'ailleurs partagés sur l'utilité des outils qui ont été développés pour les professionnelles dans les stratégies pour faciliter et renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Les entrevues ont même révélé que ces outils étaient très peu utilisés, en grande partie due à des oublis de la part des professionnelles concernées. La collecte de données étant déjà intégrée à la pratique des infirmières explique probablement le fait que la modification de cet outil a été plus utile que les autres outils développés. L'utilisation de feuilles de suivi, un des outils qui a été développé dans le cadre du projet, a pourtant été démontrée comme facilitant les interventions de prévention (Jaén et coll., 1994, Ockene et coll., 1999, Litaker et coll., 2005).

Des études du début des années 1990 ont constaté que la remise de matériel éducatif se fait suite à près du tiers des discussions sur les habitudes de vie a lieu (Russell et Roter, 1993 et Ammerman, 1993). Dans le cas de notre étude, le fait d'avoir à sa disposition du matériel éducatif à remettre à ses clients est positivement corrélé avec les interventions de courte durée en alimentation et en activité physique. Encore ici, les professionnelles sont en majorité plus ou moins d'accord avec le fait d'avoir suffisamment de matériel à leur disposition. Plusieurs mentions sont d'ailleurs répertoriées dans les données qualitatives du groupe A sur le manque de documents à remettre aux clients et que le règlement de cette situation faciliterait les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Seulement une mention a été faite à ce sujet dans le groupe B, ce groupe ayant bénéficié de la mise en place de présentoirs contenant différents documents à remettre dans les salles de soins.

Il a été impossible d'établir de corrélation entre la présence d'affiches sur les saines habitudes de vie dans le milieu de travail et le profil de pratique des professionnelles. Pourtant, l'oubli a été un obstacle important aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie mentionné par les infirmières dans les réponses aux questions ouvertes. Tel que mentionné précédemment suite à l'expérience de la modification de la collecte de données, il semble préférable de mettre en place des indices à l'action qui sont plus directement liés à la pratique actuelle des professionnelles.

Le soutien qu'un professionnel spécialisé pourrait offrir aux infirmières dans leurs interventions de courte durée en saines habitudes de vie constitue un aspect novateur encore peu abordé dans la littérature. Selon les infirmières, que ce soit une nutritionniste ou un kinésologue, ces personnes représentent une ressource d'informations pour les cas plus complexes qu'elles reçoivent. La façon d'apporter cette aide a été peu explorée dans cette étude et mérite qu'on y prête une attention particulière afin de préserver le rôle important que ces professionnels possèdent en lien avec leur champ de pratique respectif.

La présence de leaders d'opinions dans le milieu de pratique a été nommée dans la littérature comme une condition d'efficacité de certaines stratégies utilisées pour augmenter les interventions de prévention (Knox et coll., 2001 et Garg et coll., 2005). Les données qualitatives de notre recherche mentionnent que la présence d'une personne appelée par les professionnelles « porteuse de dossier » pourrait faciliter les interventions de courte durée en saines habitudes de vie. Cette personne pourrait être une collègue de travail tout comme un professionnel spécialisé selon elles. Dans la littérature, on énonce seulement que cette personne doit être un professionnel respecté de ses collègues, une communicatrice efficace et qu'elle exerce un certain pouvoir d'influence sur le travail de ses pairs (Oxman et coll., 1995). Selon les professionnelles de notre étude, cette personne devrait faire directement partie de l'équipe et elle aurait le mandat de stimuler les professionnelles et de leur véhiculer de l'information.

L'organisation de rencontres pour permettre des discussions sur les interventions de prévention pourrait être un des rôles potentiels de la personne qui serait en charge de cet aspect dans l'établissement et constitue une demande des professionnelles. Les discussions sur les interventions de courte durée en saines habitudes de vie qui ont eu lieu lors des réunions d'équipe suite aux formations offertes ont d'ailleurs été jugées utiles par

70% des infirmières. La revue de littérature de Provost évoque d'ailleurs la mise en place d'équipes d'amélioration de la qualité des soins (Provost, 2007). Ces équipes peuvent regrouper différents types de professionnels du milieu et collaborent ensemble pour définir des objectifs de prévention et mettre en œuvre un plan d'exécution. Cette stratégie n'a pas encore été testée dans l'intégration de pratiques de counselling, mais pourrait s'avérer intéressante dans le cas qui nous intéresse, en favorisant la participation active des professionnelles et en leur permettant de s'exprimer sur le sujet. Lopez-de-Munain et ses collaborateurs considèrent d'ailleurs que le travail de groupe entre les médecins et les professionnels de la santé peut avoir un effet renforçant sur les pratiques de prévention (Lopez-de-Munain et coll., 2001). Bien sûr, cette stratégie demande toutefois l'appui de l'établissement pour la libération des personnes impliquées.

D'une façon générale, l'implication de l'établissement demeure une condition essentielle à la bonne intégration des pratiques de prévention. Le modèle de Walsh et McPhee stipule que les interventions de prévention doivent faire partie des priorités organisationnelles pour être effectuées dans le milieu (Walsh et McPhee, 1992). Les professionnelles de notre étude ont aussi abordé l'importance de cet aspect et certaines mentionnent même leur déception sur le manque de reconnaissance qu'elles reçoivent suite aux interventions de prévention qu'elles effectuent.

7.2 Considérations méthodologiques

7.2.1 Forces de l'étude

Une des forces de la recherche réside dans une méthodologie mixte de recueil de données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont permis d'une part la réalisation de statistiques descriptives pertinentes et la mesure de corrélations entre les variables dépendantes et indépendantes à l'étude. Les données qualitatives recueillies à partir des questions ouvertes des questionnaires et lors des entrevues ont permis quant à elles de mettre en lumière d'autres facteurs qui n'avaient pour certains pas encore été abordés dans la littérature ou encore d'élaborer sur l'importance accordée à quelques-uns de ceux-ci, comme dans le cas des facteurs liés à la clientèle qui se sont avérés prendre une part considérable des facteurs nommés dans les données qualitatives. Des précisions pour l'interprétation des données quantitatives ont également pu être fournies par les données qualitatives. À ce sujet, des extraits ont pu être utilisés pour mettre des mots sur

les attitudes des professionnels à l'égard des interventions de courte durée en saines habitudes de vie, les données quantitatives ayant seulement pu énoncer que ces attitudes semblaient positives. De plus, la présence de deux outils pour recueillir les données qualitatives (questionnaires et entrevues semi-dirigées) a apporté plus de compréhension des extraits recueillis par l'une ou l'autre des méthodes. Même si les entrevues ont été menées sur un nombre restreint de sujets, la possibilité qu'elles ont offerte de clarifier certaines réponses fournies par l'interlocuteur a certainement aussi amené une certaine profondeur dans l'analyse de ces données. La technique des incidents critiques utilisée dans les deux méthodes de cueillette de données qualitatives a permis par ailleurs de soulever les aspects importants pour les professionnelles concernées dans la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

L'utilisation d'un devis transversal avec des mesures à différentes périodes et sur différents groupes a également permis de percevoir des variations dans l'importance de certains facteurs du à la mise en place de différentes stratégies entre les mesures, ce qui laisse supposer que quelques-unes ont eu une certaine efficacité. Ainsi, les connaissances limitées des professionnelles ont représenté un obstacle plus majeur dans le groupe A que dans le groupe B.

Pour la mesure du profil de pratique des infirmières, le stade de Prochaska ainsi que le niveau d'accord sur la fréquence élevée de réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie a été utilisé. Les données quantitatives de la recherche ont permis de réaliser qu'une forte proportion de professionnelles qui ont affirmé qu'elles étaient d'accord ou tout à fait en accord avec une fréquence élevée d'interventions dans les trois habitudes de vie était au stade 3 de Prochaska, ce qui signifie qu'elles avaient débuté à effectuer des interventions depuis au moins 6 mois. De plus, on a pu mesurer dans un des groupes une corrélation positive entre le stade de Prochaska et les interventions de courte durée dans deux domaines d'habitudes de vie sur trois, soit l'alimentation et l'activité physique. Quoique notre échantillon soit restreint, le tout suggère qu'une des deux variables (stade de Prochaska ou niveau d'accord sur la fréquence élevée de réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie) peut être utilisée pour mesurer le profil de pratique des infirmières en matière d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

7.2.2 Limites de l'étude

Le nombre de sujets restreint dans chacun des groupes a empêché la réalisation de certaines analyses quantitatives, dont des tests du chi-carré à partir des tableaux croisés. De plus, les analyses de corrélation ont certes permis d'établir des associations évidentes, mais le faible échantillon ne permet pas de déclarer qu'une association est absente lorsque les analyses le suggèrent. Ces aspects invitent donc à la prudence dans l'interprétation des résultats quantitatifs et rappellent encore plus l'importance que les données qualitatives ont eu dans l'élaboration du devis. Le faible échantillon et le fait que la recherche visait seulement un milieu de travail limitent également la généralisation des résultats dans le contexte québécois.

Le fait que l'étudiante-chercheuse (la candidate à la maîtrise) qui a recueilli les données autant provenant des questionnaires que des entrevues, prenne aussi part à la mise en oeuvre des stratégies visant à faciliter et à renforcer les interventions de courte durée en saines habitudes de vie a pu influencer certains des résultats. De plus, le fait que l'étudiante-chercheuse bénéficie d'un contact privilégié avec la gestionnaire du secteur concerné de par ses fonctions au cœur de ce même secteur peut avoir amené les répondants à énoncer des attitudes plus positives concernant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie, sachant que celles-ci constituent un comportement désiré par la gestionnaire. D'autre part, aucune mesure objective n'a été réalisée concernant le profil de pratique des professionnelles, ce qui peut avoir mené à une sur-estimation du stade de Prochaska et du niveau d'accord sur la fréquence élevée des interventions de courte durée en saines habitudes de vie due à un biais de désirabilité des infirmières.

7.2.3 Pistes de recherche

Certains éléments du contexte de pratique propre au secteur des Services de santé courants semblent limiter l'application des PCP auprès du personnel qui y œuvre. Il serait intéressant de valider si le contexte des Groupes de médecins de famille mis en place au courant des dernières années dans plusieurs territoires québécois se prête mieux à l'application des PCP. Il deviendrait par la suite pertinent d'identifier les différences dans le contexte de soins des deux réalités qui permettent une plus grande application des PCP

afin de rendre le milieu des Services de santé courants plus propice à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie.

8) CONCLUSION

Tout comme les changements de comportements de santé dans la population, l'intégration de nouvelles pratiques chez les professionnels de la santé représente un défi autant pour les personnes directement concernées que pour les gestionnaires des établissements qui visent à implanter des pratiques dans certains secteurs. La multitude de facteurs influençant ces comportements et ces pratiques est probablement ce qui rend cette réalisation si difficile.

Étant donné la grande variété des facteurs impliqués, il importe de mettre en place des stratégies qui agiront à différents niveaux. Dans le cas des pratiques cliniques préventives concernant le counselling de courte durée sur les saines habitudes de vie, on a pu réaliser que malgré des prédispositions très favorables des professionnelles envers ces interventions, des facteurs en lien avec la clientèle et d'autres en lien avec l'environnement de pratique freinent l'application de celles-ci. Des stratégies locales pourront certes amener des changements, mais l'influence des médias de masse constituera un pied de levier essentiel afin de sensibiliser toutes les parties impliquées et les rendre plus favorables à recevoir les messages des professionnels ou encore à faciliter ces pratiques à un niveau organisationnel.

Plusieurs outils et stratégies demeurent à explorer pour faciliter et renforcer les pratiques cliniques préventives chez les professionnels de la santé. L'intégration de professionnels spécialisés, tels que des nutritionnistes ou des kinésiologues, dans les équipes de soins comporte plusieurs avantages en permettant entre autres d'offrir un soutien aux professionnels possédant des connaissances plus générales dans le domaine des saines habitudes de vie et ainsi préserver la validité des informations qui sont transmises à la population qui n'a pas toujours un accès direct à des rencontres avec les professionnels spécialisés. Les pratiques cliniques préventives des professionnels de la santé doivent toutefois s'effectuer dans le respect des champs de compétences de chacun et des rencontres avec des professionnels spécialisés doivent être prévues avec les clients qui en présentent le besoin.

Les prochaines années d'application du présent Programme national de santé publique permettront certainement l'expérimentation de diverses stratégies visant à faciliter ou à renforcer les pratiques cliniques préventives et ainsi rendre ces pratiques plus universelles à travers les différents milieux de soins du contexte québécois.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ammerman, A. et coll. Physician-based diet counselling for cholesterol reduction : Current Practices, Determinants, and Strategies for Improvement. *Preventive Medicine* 1993; 22: 96-109.
2. Arborelius, E. et S. Bremberg. Prevention in practice. How do general practitioners discuss life-style issues with their patients? *Patient Education and Counseling* 1994; 23: 23-31.
3. Beaudoin, C. et coll. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: An exploratory study of content and determinants. *Patient Education and Counseling* 2001; 45 (4): 275-84.
4. Beresford, S. et coll. A dietary intervention in primary care practice: The eating patterns study. *American Journal of Public Health* 1997; 87 (4): 610-16.
5. Bernard, H., Prévalence du tabagisme au Québec : Qu'en est-il ? Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003, 14 p.
6. Brotons, C., Björkelund C. et M. Bule. Prevention and health promotion in general practitioners in Europe. *Preventive Medicine* 2005 ; 40 (5): 595-601.
7. Buetterfield et coll. Fifty years of the critical Incident technique. *Qualitative Research* 2005; 5 (4): 475-97.
8. Byrne, M. Critical incident technique as a qualitative research method. *AORN journal* 2001; 74 (4): 536-9.
9. Calfas K. et coll. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. *Preventive Medicine* 2002; 34: 153-61.
10. Cardinal, L. et coll. Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
11. Clapperton, I. La prévention pratico-pratique. *Le médecin du Québec* 2005 ; 40 (5) : 33-39.
12. Cohen, D. et coll. Opportunistic approaches for delivering preventive care in illness visits. *Preventive Medicine* 2004; 38 (5): 565-573.
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, second edition. Hillsdale, NJ, U.S.A. Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

14. Cornuz, J. et coll. Physician's attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physician's health habits. *Family Practice* 2000; 17 (6): 535-40.
15. Dalgard, C. et coll. Saturated fat intake is reduced in patients with ischemic heart disease 1 year after comprehensive counselling but not after brief counselling. *Journal of the American Dietetic Association* 2001; 101 (12): 1420-29.
16. Deslauriers, J-P. Recherche qualitative: Guide pratique. McGraw-Hill. Montréal. 1991. 142 pages.
17. Deslauriers, J-P. Les méthodes de la recherche qualitative. Presses de l'Université du Québec. Sillery. 1987. 153 pages.
18. Dexheimer, J. et coll. Prompting Clinicians: A Systematic Review of Preventive Care Reminders. *Annual Symposium proceedings* 2005; 2005: 938.
19. Duchesne, L. La situation démographique au Québec BILAN 2003. Les ménages au tournant du XXIème siècle. Québec. Institut de la statistique du Québec, 2003, 362 p.
20. Dugal, S. et coll. Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2001-2012 dans la région de la Capitale nationale, population adulte, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, mars 2004, 76 p.
21. Eden, K. et coll. Does counselling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137 (3): 208-15.
22. Elder, J., Guadalupe A. et S. Harris. Theories and interventions approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine* 1999; 17 (4): 275-84.
23. Elford, R.W., MacMillan H.L. et C.N. Wathen with The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Counselling for risky health habits: A conceptual framework for primary care practitioners. CTFPHC Technical report #01-7. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force.
24. Ewart, C.K., L. V.C. et T.J. Coates. Increasing physician influence by applying an inexpensive feed-back technique. *Journal of Medical Education* 1983; 58: 468-73.
25. Ferreira-Borges, C. Effectiveness of a brief counselling and behavioural intervention for smoking cessation in pregnant women. *Preventive Medicine* 2005; 41 (1): 295-302.
26. Fiore, M.C. et coll. Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. Rockville, MD U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

27. Flocke, S., Stange K. et M. Goodwin. Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. *The Journal of Family Practice* 1998; 47 (3): 202-08.
28. Frank, E. et T. Kunovich-frieze. Physicians' prevention counselling behaviours : Current status and future directions. *Preventive Medicine* 1995; 24: 543-45.
29. Frank, E. et coll. Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *American Journal of Clinical Nutrition* 2002; 75 (2): 326-32.
30. Frank, E., Schelbert B. et L. Elon. Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians. *Journal of American Medical Women Association* 2003; 58 (3): 178-84.
31. Garg, A.X. et coll. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes : A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293 (10): 1223-38.
32. Godin, G. L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé* 1991; 9 (1): 67-94.
33. Goodwin, M. et coll. A clinical trial of tailored office systems for preventive service delivery - The study to enhance prevention by understanding practice (STEP-UP). *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 21 (1): 20-28.
34. Green, L., Ericksen M.P. et E.L. Schor. Preventive practices by physicians: behavioural determinants and potential interventions. *American Journal of Preventive Medicine* 1988; 4 (suppl.): 101-7.
35. Grol, R. et coll. Patient's priorities with respect to general practice care: An international comparison. *Family Practice* 1999; 16: 4-11.
36. Knox, A.B. et coll. Organization development strategies for continuing medical education. *Journal of Continuing Medical Education* 2001; 21 (1): 15-23.
37. Kushner, R.F. Barriers to providing nutrition counselling by physicians: A survey of primary care practitioners. *Preventive Medicine* 1995; 24: 546-52.
38. Hahn, D. et N. Olson. The delivery of clinical preventive services : Acute care intervention. *The Journal of Family Practice* 1999; 48 (10): 785-789.
39. Helman, A. Nutrition and general practice : An Australian perspective. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997; 65 (suppl.): 1939S-42S.
40. Hensrud, D. Clinical preventive medicine in primary care: Background and practice. *Mayo Clinic Proceedings* 2000; 75: 165-72, 255-64, 381-85.

41. Hibble, A., Kanka, D., Pencheon, D. et F. Pooles. Guidelines in general practice: The new tower of Babel. *British Medical Journal* 1998; 317: 862-63.
42. Hopkins, S.C. et coll. Context of care or provider training: The impact on preventive screening practices. *Preventive Medicine* 2005; 40 (6): 718-24.
43. Hulscher, M. et coll. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. *American Journal of Public Health* 1999; 89 (5): 737-746.
44. Hutchison, B. et coll. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *Canadian Medical Association journal* 1998 ; 152 (2) : 185-212. Dans Clapperton I. La prévention pratico-pratique. *Le médecin du Québec* 2005; 40 (5): 33-39.
45. Hyson, D. The health benefits of fruits and vegetables. A Scientific Overview for Health Professionals, Better Health Foundation, review from 1999-2001, 20 p.
46. Jaen, C. et coll. Competing demands of primary care : A model for the delivery of clinical preventive services. *The Journal of Family Practice* 1994; 38 (2) : 166-71.
47. Jaen, C. et coll. Making time for tobacco cessation counselling. *The Journal of Family Practice* 1998; 46 (5): 425-28.
48. Jiang, Y. Chinese physicians and their smoking knowledge, attitudes and practices. *American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33 (1): 15-22.
49. Kelly, P.M. The evidence of effectiveness of public health interventions – and the implications. *Health Development Agency* 2004; 1: 11 p.
50. Kemppainen, J.K. The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (5): 1264-71.
51. Kushi, L.H. et S.B. Foerster. Diet and nutrition in chronic disease epidemiology and control, 2^{ème} édition, Brownson R.C., Remington P.L., Davis J.R. (ed), Washington, American Public Health Association, 1998, p.215-59.
52. Kushner, R. Barriers to providing nutrition counselling by physicians: A survey of primary care practitioners. *Preventive Medicine* 1995; 24: 546-52.
53. Lawrence, C. et coll. Treatment of tobacco use as a chronic medical condition : Primary care physicians' self-reported practices patterns. *Preventive Medicine* 2004; 38 (5) : 574-85.
54. Lemelin, J., Hogg W. et N. Baskerville. Evidence to action: A tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *Canadian medical association journal* 2001; 164 (6): 757-63.

55. Lévesque, J.F. et V. Déry. Vers la santé durable : l'organisation des interventions en santé du cœur-le modèle promotion des habitudes de vie saines et prévention des maladies chroniques non-transmissibles. Montréal, Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.
56. Lin, S.X., Hyman D. et E. Larson. Provisions of health counseling in office-based practices and hospital outpatients clinics. *Preventive Medicine* 2005; 40 : 542-46.
57. Litaker, D., Flocke S. A., Frolkis J. P. et K. C. Stange. Physician's attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Preventive Medicine* 2005; 40 (5): 556-63.
58. Little, P. et coll. Who is targeted for lifestyle advice? A cross-sectional survey in two general practices. *British Journal of General Practice* 1999; 49: 806-10.
59. Lock, C.A., Kaner, E. et S. Lamont. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39 (4): 333-42.
60. Lopez, A. « Alcohol and smoking as a risk factors », *Health and Mortality Issue of Global Concern*, XVII, 1999, p.374-411.
61. Lopez-de-Munain, J., Torcal J., Lopez V. et J. Garay. Prevention in routine general practice : Activity patterns and potential promoting factors. *Preventive Medicine* 2001; 32: 13-22.
62. Maheux, B., Harley, N., Rivard, M. et A. Gervais. Do physicians assess lifestyle health risks during general examinations ? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 1999; 160 (13) : 1830-34.
63. Mamon, J. et B. Paccagnella. Patient counseling by general practitioners : Republic of San Marino's experience. *Health Education Quarterly* 1991; 18: 135-43.
64. Mant, D. Effectiveness of dietary intervention in general practice. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997; 65 (6 suppl.): 1933S-38S.
65. Marquis, M. et H. Gayraud. Exploring clinical dietitians' day-to-day practice through the critical incident technique. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102 (10):1461-5.
66. Mayer, R. et F. Ouellet. *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Gaëtan Morin éditeur. Boucherville. 1991. 517 pages
67. McBride, P. et coll. Improving prevention systems in primary care practices : the health education and research trial. *The Journal of Family Practice* 2000; 49 (2): 115-25.

68. Ockene, J. et coll. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991; 6 (1): 94-5.
69. Ockene, J. et coll. Brief Physician and nurse practitioner delivered counselling for high risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine* 1999; 159 (18): 2198-2205.
70. Ockene, J. et coll. Effect of physician-delivered nutrition counselling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester area trial for counselling in hyperlipidemia (WATCH). *Archives of Internal Medicine* 1999; 159 (7): 725-31.
71. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002; Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, 2002, 270 p.
72. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2002; Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève, 2002, 270 p.
73. Organisation mondiale de la santé. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Séries de rapports techniques no 916, 2003, 149 p.
74. Orleans, C., George L. Houpt J. et K. Brodie. Health promotion in primary care: a survey of US family practitioners. *Preventive Medicine* 1985; 14: 636-47.
75. Oxman, A. et coll. No magic bullets : a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 153 (10): 1423-1431.
76. Peiss, B. et M. Rubenfire. Physicians and nurses can be effective educators in coronary risk reduction. *Journal of General Internal Medicine* 1995; 10 (2): 77-81.
77. Prochaska, J. et C.C. Diclemente. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 53 (3): 390-5.
78. Prochaska, J., Velicer W., Redding C. et coll. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer and receive regular mammograms. *Preventive Medicine* 2005; 41 (2): 406-16.
79. Provost, M-H. et coll. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : Revue de littérature, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2007, 168 p.
80. Richer, F. et coll. La promotion des pratiques cliniques préventives au sein des groupes de médecine familiale, une analyse de marketing social. Direction de la santé publique de la Montérégie 2004.

81. Russell, N. et D.L. Roter. Health promotion counselling of chronic-disease patients during primary care visits. *American Journal of Public Health* 1993; 83 (7): 979-82.
82. Shannon, K.C. Improving delivery of preventive health care with the comprehensive annotated reminder tool (CART). *Journal of Family Practice* 2001; 50 (9): 767-71.
83. Sharoff, L. Critical incident technique utilization in research on holistic nurses. *Holistic Nursing Practice* 2007; 21 (5): 254-62.
84. Stange, K.C. et coll. Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Preventive Medicine* 2000; 31: 167-76.
85. Statistiques Canada. Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, cycle 1 2000-2001, Ottawa.
86. Steptoe, A. et coll. Behavioural counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *British Medical Journal* 2003; 326: 855.
87. Thompson, R. et coll. Relative efficacy of differential methods of dietary advice: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2003; 77 (4): 1052S-57S.
88. Tremblay, M. et coll. Le counselling en abandon du tabac – Résultats d'une enquête menée auprès des infirmiers et infirmières du Québec. Institut national de santé publique du Québec 2005.
89. Valente, M. et coll. Health Promotion : Physician's Beliefs, Attitudes, and Practices. *American Journal of Preventive Medicine* 1986; 2 (2): 82-88.
90. Van Sluijs E., Van Poppel M. et Van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care; Are-they effective? *American Journal of Preventive Medicine* 2004; 26 (4): 330-42.
91. Virginia C. et coll. The effectiveness of smoking cessation advice given during routine medical care: Physicians can make a difference. *American Journal of Preventive Medicine* 1987; 3 (2): 81-86.
92. Waitzkin, H. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. *Journal of the American Medical Association* 1984; 252: 2441-46.
93. Walsh, J.M. et S.J. McPhee. A system model of clinical preventive care: An analysis of factors influencing patient and physicians. *Health Education Quarterly* 1992; 19 (2): 157-75.
94. Wyszewlanski, L. et L. Green. Strategies for changing clinician's practice patterns : A new perspective. *The journal of family practice* 2000; 49 (5) : 461-64.

95. Wolfenden, L. et coll. Increasing smoking cessation care in a preoperative clinic : A randomized controlled trial. Preventive Medicine 2005; 41 (1): 284-290.
96. World cancer research fund/American institute for cancer research. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer : A global perspective 1997; 670 p.

ANNEXE A

La prévention au CSSS-IUG de Sherbrooke

1.1 Le programme de prévention des maladies chroniques du CSSS-IUG de Sherbrooke

En Estrie, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, conjointement avec la Direction de la santé publique, se sont dotées, suite à la parution du Programme national de santé publique en 2003, d'un Plan régional intégré de prévention des maladies chroniques. C'est selon les lignes directrices de ce plan que le Programme de prévention des maladies chroniques a vu le jour dans chaque CSSS de l'Estrie.

La mise sur pied de ce programme s'est d'abord actualisée par l'implantation d'un CAT pour la population adulte de 18 ans et plus. Deux autres volets se sont par la suite ajoutés à cette offre de services à l'automne 2004, soit le counselling de longue durée sur l'alimentation et sur l'activité physique, qui visent à amener la population de 50 ans et plus à modifier certains facteurs de risque grâce à un soutien au changement des habitudes de vie, en lien avec ces facteurs de risque. Ce counselling est offert dans les CSSS par des infirmières qui agissent en tant qu'intervenantes-pivot au cœur du programme.

Le Programme de prévention des maladies chroniques comporte également un volet qui vise l'intégration aux Services de santé courants des CSSS d'un counselling de courte durée sur les mêmes habitudes de vie, c'est-à-dire la formulation d'un message santé offert par les infirmières à toute la clientèle ambulatoire qui consulte aux services de santé courants et ce, peu importe la raison de leur consultation (interventions de courtes durée en saines habitudes de vie). Lorsqu'on sait qu'environ 21 000 personnes consultent chaque année les Services de santé courants des CSSS de l'Estrie et qu'on connaît l'efficacité des interventions de prévention de courte durée, l'impact des interventions offertes par ce personnel n'est pas à sous-estimer.

1.2 L'historique des interventions de courte durée au CSSS-IUG de Sherbrooke

Au CSSS-IUG de Sherbrooke, le volet counselling de courte durée du Programme de prévention des maladies chroniques mis en place dans les CSSS de la région de l'Estrie a d'abord débuté par des formations pour les professionnels de la santé concernant l'utilisation d'interventions de courte durée sur le volet arrêt tabagique seulement.

Suite à celles-ci, certains questionnements furent soulevés concernant entre autres l'efficacité de ces formations ainsi que l'utilisation réelle de ce type d'intervention par les professionnels, cette pratique constituant un changement majeur pour ceux-ci qui avaient dans les dernières années œuvré dans une optique plutôt curative. Une analyse des conditions d'utilisation de l'intervention de courte durée en cessation tabagique fut donc demandée par la gestionnaire du secteur en charge du Programme de prévention des maladies chroniques à des stagiaires en psychologie organisationnelle de l'Université de Sherbrooke.

Leur rapport a permis de mettre en lumière différentes pistes d'amélioration. Lorsque le temps est venu d'étendre le counselling de courte durée aux deux autres habitudes de vie également ciblées (saine alimentation et pratique de l'activité physique), un plan d'action visant la maximisation de l'utilisation des interventions de courte durée en saines habitudes de vie a dû être mis sur pied. Ce mandat fut attribué au Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE) du CSSS-IUG de Sherbrooke en tant que demande de soutien aux programmes en collaboration avec une professionnelle du secteur concerné par la mise en place de ces interventions, en l'occurrence l'étudiante-chercheuse de la recherche présentée.

Suite à un portrait de l'état de la situation ainsi qu'à une évaluation des besoins des professionnelles face à ce nouveau mandat, différentes stratégies ont été mises en œuvre dans le but de soutenir les professionnelles pour qu'elles offrent des interventions de courte durée en saines habitudes de vie à leurs clients. Le **tableau III** présente les deux catégories de stratégies déployées dans le cadre de la démarche de soutien aux programmes. Cette catégorisation est appuyée sur celle présentée par Wyszewlanski et Green qui ont classé les stratégies pour amener des changements dans la pratique des professionnels (Wyszewlanski,

2000). Le tableau présente également le niveau d'activités sur lesquelles elles portent ainsi que la description sommaire de ces activités accompagnée de leurs objectifs en lien avec le type de facteurs visés. Le détail de ces stratégies se trouve dans la partie méthodologie.

Tableau III
Différentes stratégies utilisées pour augmenter l'utilisation des interventions de courte durée

Catégorie	Niveau	<u>Description</u>	<u>Objectifs</u>
Stratégies axées sur les connaissances	Activités en lien avec la formation	Offre d'une formation générale et d'une formation spécifique en nutrition et activité physique	Augmenter les facteurs prédisposants
Stratégies axées sur les comportements des professionnels	Activités en lien avec le soutien continu	Mise en place d'outils facilitateurs	Augmenter les facteurs facilitants
		Mise en place d'activités de renforcement et d'indices à l'action	Augmenter les facteurs de renforcement

ANNEXE B
Présentation du projet aux professionnelles

Sherbrooke, le 15 septembre 2005

Objet : Sollicitation de participation à une étude

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise à l'université de Montréal, je poursuis actuellement une recherche sur les pratiques cliniques préventives. Cette recherche a pour but d'explorer les facteurs en lien avec les pratiques cliniques préventives des intervenants, c'est-à-dire le fait que les intervenants discutent ou non de prévention en lien avec les saines habitudes de vie avec leurs patients.

Votre participation à cette recherche, en tant qu'intervenant auprès des patients, est d'une grande importance pour moi, puisque vous êtes les premiers intervenants visés par le type de pratique qui fera l'objet de la formation de ce jour.

Le questionnaire pour lequel je sollicite votre participation dans le cadre de cette recherche vise donc à tracer un portrait des facteurs en lien avec les pratiques cliniques préventives. Il contient 33 questions divisées en 5 sections, soit une première sur vos habitudes de santé et d'autres sur vos motivations, votre capacité, vos récompenses à effectuer des interventions préventives ainsi qu'une dernière sur votre degré d'action en la matière. Six questions d'ordre général vous permettront également d'élaborer vos idées. Au total, seulement 10 minutes de votre temps sera nécessaire pour remplir le questionnaire.

Vous êtes libres de répondre à ce questionnaire et je vous assure que toutes les données recueillies seront traitées de façon anonyme. Ainsi, aucun de vos collègues ou supérieurs n'aura accès à vos réponses et commentaires. Je vous encourage donc à répondre le plus fidèlement possible à la réalité.

Je vous remercie de votre collaboration. Pour toutes questions relatives au projet ou au questionnaire, veuillez me contacter au numéro apparaissant au bas du document.

Veuillez s.v.p. me remettre le questionnaire à la fin de la présentation en utilisant l'enveloppe cachetée ci-jointe.

Myriam Chênevert, nutritionniste

CSSS-IUG de Sherbrooke

565-5370 #3486

ANNEXE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Questionnaires destinés aux professionnels de la santé

Titre de l'étude

Exploration des facteurs favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie par les infirmiers (ères) des services de santé courants du CSSS-IUG de Sherbrooke

Étudiante-chercheure

Myriam Chênevert, nutritionniste, étudiante à la maîtrise, Université de Montréal

Supervision

Marie Marquis, Ph.D, professeure Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Source de financement

Le projet ne bénéficie d'aucune source de financement.

Invitation à participer au projet de recherche

Le CSSS-IUG de Sherbrooke participe à une recherche dans le but de mieux comprendre ce qui favorise le fait que les professionnels de la santé abordent des sujets de prévention avec leurs patients. Étant les premiers concernés par le projet de recherche, nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous demandons de lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à cette étude.

Déclaration de responsabilité

L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui sera convenu dans le formulaire de consentement.

Marie Marquis, Ph.D, professeure Département nutrition Myriam Chênevert, étudiante-chercheure

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Description du projet

Comprendre les pratiques des professionnels de la santé en matière de prévention suppose une meilleure compréhension des facteurs favorisant ce type d'interventions. Certains facteurs peuvent en effet motiver les professionnels de la santé à effectuer des interventions de préventions, d'autres peuvent les favoriser et d'autres encore peuvent les renforcer, mais quels sont-ils? Aussi, certains attributs du milieu peuvent-ils rappeler aux intervenants d'en effectuer? L'analyse vise à cibler les facteurs qui pourraient favoriser les interventions de prévention afin de pouvoir maximiser ce type de pratique dans le futur.

Objectifs de la recherche

L'objectif du projet est d'explorer les facteurs favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique) par les infirmiers (ères) des services santé courants du CSSS-IUG de Sherbrooke.

Des objectifs spécifiques furent précisés en lien avec chacun des facteurs déterminants des pratiques cliniques préventives:

1. Vérifier auprès des infirmiers (ères) des services santé courants l'importance des **facteurs spécifiques à l'intervenant** comme favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique).
2. Comparer le **profil de la clientèle** ayant reçu une intervention minimale en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique) avec celui de la clientèle n'ayant pas reçu une intervention minimale en saines habitudes de vie.
3. Vérifier auprès des infirmiers (ères) des services santé courants l'importance des **facteurs reliés à l'environnement de pratique** comme favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique).
4. Explorer auprès des infirmiers (ères) des services santé courants si d'**autres facteurs** sont associés à la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie (arrêt tabagique, saine alimentation, pratique d'activité physique).

Nature de ma participation

Si vous acceptez de participer au projet, vous aurez à répondre à un questionnaire. Le temps pour remplir le questionnaire est évalué à 15 minutes. Une fois complété, le questionnaire devra être retourné à l'étudiante-chercheuse du projet de recherche dans une enveloppe cachetée ci-jointe par l'entremise du courrier interne.

Dans le cadre du même projet, certains intervenants seront sollicités pour participer à une entrevue de 30 minutes. Des clients seront également sollicités pour participer à cette étude.

Avantages et bénéfices

En participant à ce projet, vous apportez une contribution au développement des connaissances dans le domaine des pratiques cliniques préventives par une meilleure compréhension des facteurs favorisant les interventions axées sur la prévention. Il s'agit d'un champ de recherche relativement nouveau ainsi qu'un type de pratique prometteur dans les soins de santé actuels. Nous espérons aussi que cette recherche puisse offrir des pistes qui permettront de maximiser ce type de pratique en CSSS.

Inconvénient et risque

Un des inconvénients est relié au temps nécessaire pour compléter le questionnaire (environ 15 min.). Par ailleurs, l'analyse de vos pratiques professionnelles peut paraître menaçante. En effet vous pourriez craindre que cette analyse serve également à l'évaluation de votre travail auprès de vos supérieurs. Il faut toutefois comprendre que les résultats de cette étude pourront être communiqués à vos supérieurs dans le seul but d'améliorer la compréhension des facteurs favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie. Aucune information permettant de vous associer aux réponses obtenues ne sera transmise.

Confidentialité

Tous les renseignements obtenus dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels. Pour ce faire, ces renseignements seront anonymisés, c'est-à-dire qu'aucune méthode ne sera utilisée afin de pouvoir mettre en relation les données recueillies dans les questionnaires avec les personnes les ayant fournies.

Les informations obtenues dans ce projet ne serviront qu'à la recherche, après quoi le tout sera conservé au bureau du professeur supervisant la recherche, Marie Marquis Ph.D., dans un classeur sous clé à l'Université de Montréal pour une durée de cinq ans.

Dans le but de respecter un droit du participant ou si la loi l'exige, il est possible qu'un délégué de l'établissement du CSSS-IUG de Sherbrooke consulte les données de recherche.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Indemnité

Aucune indemnité n'est prévue dans le cadre du projet.

Liberté de participation

Votre participation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez décider de cesser de remplir le questionnaire sans que cela ne vous nuise de quelques façons que ce soit.

Personne ressource

En tout temps, la personne suivante pourra répondre à vos questions :

Myriam Chênevert, étudiante-chercheuse: 819 - 563-2572 poste 3486

Pour tout problème éthique, le participant peut expliquer ses préoccupations à la présidente du comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et au CSSS-IUG de Sherbrooke, **Mme Nicole Dubuc**, via le secrétariat du comité.

Coordonnées du Comité d'Éthique de la Recherche :

Lyne Turcotte, secrétaire de recherche : 819 – 562-9121 poste 47101

Déclaration du participant

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom de l'intervenant (lettres moulées)

Assentiment du participant (signature)

Date

Ne rien inscrire dans cette partie

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Le projet de recherche a été décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. L'étudiante-chercheuse a répondu à leurs questions et leur a expliqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire.

Signature du responsable de l'obtention du consentement

Date

Nom du responsable de l'obtention du consentement

Date

ANNEXE D
Questionnaire groupe A

-Réalisation d'interventions courtes en saines habitudes de vie-

Fiche descriptive

Date: _____

1. Je travaille :

☐ ¹ Services santé courants

☐ ² GMF

2. Nombre d'**années d'expérience** en services santé courants :

☐ ¹ Moins de 5 ans

☐ ⁴ 16-20 ans

☐ ² 6-10 ans

☐ ⁵ 21 ans et plus

☐ ³ 11-15 ans

3. Niveau de **scolarité** :

☐ ¹ Collégial

☐ ² Universitaire

4. **Sexe** :

☐ ¹ Femme

☐ ² Homme

5. **Âge** :

☐ ¹ Moins de 25 ans

☐ ⁴ 36-45 ans

☐ ² 26-35 ans

☐ ⁵ 46 ans et plus

Questionnaire

Mes habitudes de santé

6. Je suis :

☐ ¹ Fumeur (se)

☐ ² Non-fumeur (se)

7. Je consomme chaque jour :

☐ ¹ Moins de 2 portions de fruits et légumes par jour

☐ ² De 2 à 4 portions de fruits et légumes par jour

☐ ³ 5 portions et plus de fruits et légumes par jour

Une portion de fruit et légume c'est :

- Un fruit ou un légume de grosseur moyenne
- ½ tasse de fruits ou légumes crus, cuits, en conserve ou surgelés
- ½ tasse de jus de fruit ou de légume
- 1 tasse de laitue, de concombre ou d'épinard
- ¼ tasse de fruits ou de légumes séchés

8. Chaque jour, je pratique :

☐ ¹ Moins de 10 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

☐ ² Entre 10 minutes et 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

☐ ³ Plus de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

Une activité physique modérée est une activité qui accélère votre rythme cardiaque, mais qui vous permet encore de tenir une conversation

Veuillez indiquer votre degré d'accord à l'égard de chacun des énoncés présentés ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante :

- 1 = Tout à fait en désaccord
- 2 = En désaccord
- 3 = Plus ou moins en accord
- 4 = En accord
- 5 = Tout à fait en accord

Mes motivations à effectuer des interventions préventives

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie s'insère bien dans ma pratique professionnelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Conseiller sur les saines habitudes de vie s'adapte bien à ma clientèle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ma clientèle me semble déjà suffisamment informée par rapport | | | | | |
| A) Aux méfaits du tabagisme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B) À la saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C) À la pratique régulière d'activité physique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Je considère pertinent de conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie fait partie de mon rôle en tant que professionnel de la santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je crois en l'efficacité de conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie pour le changement de comportements reliés à leur santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Dans ma pratique, le fait de conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie est un aspect auquel j'accorde de l'importance pour ma clientèle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie m'occasionne une surcharge de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je crois posséder les compétences pour conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ma capacité à effectuer des interventions préventives

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 18. Je suis suffisamment formé(e) pour conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19. Je possède suffisamment de connaissances pour donner des conseils à mes patients concernant : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A) L'arrêt tabagique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B) La saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C) La pratique d'activité physique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Lorsque je rencontre un client, j'ai suffisamment de temps pour le conseiller sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. J'ai à ma disposition tous les outils et ressources nécessaires pour conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. J'ai à ma disposition tout le matériel éducatif nécessaire pour orienter mon client dans sa démarche de changement de comportement de santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Il est facile de référer mes patients à l'intervenant-pivot qui travaille au niveau des saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Mes récompenses à effectuer des interventions préventives

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 24. Je perçois de la satisfaction de la part des patients lorsque je les conseille sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Mes collègues de travail conseillent leurs patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mes collègues de travail me soutiennent dans les conseils que je donne à mes patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Il arrive que mes collègues de travail et moi discutons des conseils que nous donnons à nos patients sur les saines habitudes de vie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. En discutant avec les patients sur les saines habitudes de vie, il m'arrive souvent de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Le fait de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique m'encourage à aborder des sujets touchant les saines habitudes de vie avec d'autres patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Mon degré d'action en matière d'interventions préventives

30. Veuillez cocher la phrase qui correspond le mieux à l'endroit où vous vous situez dans votre démarche.

- ☐ ¹ Je ne prévois pas changer ma pratique afin de conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie
- ☐ ² Je pense tranquillement à changer ma pratique afin de débiter à conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie
- ☐ ³ Je prévois débiter à conseiller mes patients sur les saines habitudes de vie sous peu
- ☐ ⁴ J'ai débiter à conseiller quelques-uns de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis peu
- ☐ ⁵ J'ai débiter à conseiller la plupart de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis peu
- ☐ ⁶ Je conseille quelques-uns de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis au moins 6 mois
- ☐ ⁷ Je conseille la plupart de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis au moins 6 mois

Si vous conseillez vos patients sur les saines habitudes de vie, passez à la question 31.

Sinon, passez à la question 34.

- | | |
|--|-------------------|
| 31. Le non-tabagisme est un sujet que j'aborde fréquemment | 1 2 3 4 5 |
| 32. La saine alimentation est un sujet que j'aborde fréquemment | 1 2 3 4 5 |
| 33. La pratique de l'activité physique est un sujet que j'aborde fréquemment | 1 2 3 4 5 |

34. Est-ce que le fait de conseiller vos patients sur les saines habitudes de vie entraîne des inconvénients dans votre pratique?

- ☐ ¹ Oui ☐ ² Non

Si oui, lesquels?

35. Selon vous, quels sont les plus grands obstacles au fait de donner des conseils à vos patients sur les saines habitudes de vie?

36. Identifiez ce qui favoriserait le fait de donner des conseils à vos patients sur les saines habitudes de vie.

37. Est-ce qu'une collègue de travail serait une personne qui pourrait vous motiver (ou vous motiver encore plus) à conseiller vos patients sur les saines habitudes de vie?

☐ ¹ Oui

☐ ² Non

Si oui, comment?

38. Comment un professionnel spécialisé dans certaines habitudes de vie (nutritionniste, kinésiologue) pourrait vous apporter du support dans le fait de conseiller vos patients sur les saines habitudes de vie ?

39. Autres commentaires

Merci de votre collaboration !

ANNEXE E
Questionnaire groupe B

-Réalisation d'interventions courtes en saines habitudes de vie-

Fiche descriptive

Date: _____

2. Je travaille :

☐ ¹ Services santé courants

☐ ² GMF

2. Nombre d'années d'expérience en services santé courants :

☐ ¹ Moins de 5 ans

☐ ⁴ 16-20 ans

☐ ² 6-10 ans

☐ ⁵ 21 ans et plus

☐ ³ 11-15 ans

3. Niveau de scolarité :

☐ ¹ Collégial

☐ ² Universitaire

4. Sexe :

☐ ¹ Femme

☐ ² Homme

5. Âge :

☐ ¹ Moins de 25 ans

☐ ⁴ 36-45 ans

☐ ² 26-35 ans

☐ ⁵ 46 ans et plus

Questionnaire

Mes habitudes de santé

5. Je suis :

☐ ¹ Fumeur (se)

☐ ² Non-fumeur (se)

6. Je consomme chaque jour :

☐ ¹ Moins de 2 portions de fruits et légumes par jour

☐ ² De 2 à 4 portions de fruits et légumes par jour

☐ ³ 5 portions et plus de fruits et légumes par jour

Une portion de fruit et légume c'est :

- Un fruit ou un légume de grosseur moyenne
- ½ tasse de fruits ou légumes crus, cuits, en conserve ou surgelés
- ½ tasse de jus de fruit ou de légume
- 1 tasse de laitue, de concombre ou d'épinard
- ¼ tasse de fruits ou de légumes séchés

7. Chaque jour, je pratique :

☐ ¹ Moins de 10 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

☐ ² Entre 10 minutes et 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

☐ ³ Plus de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour

Une activité physique modérée est une activité qui accélère votre rythme cardiaque, mais qui vous permet encore de tenir une conversation

Veuillez indiquer votre degré d'accord à l'égard de chacun des énoncés présentés ci-dessous, en utilisant l'échelle suivante :

- 1 = Tout à fait en désaccord
 - 2 = En désaccord
 - 3 = Plus ou moins en accord
 - 4 = En accord
 - 5 = Tout à fait en accord
-

Mes motivations à effectuer des interventions préventives

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 8. | Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients s'insère bien dans ma pratique professionnelle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie s'adapte bien à ma clientèle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ma clientèle me semble déjà suffisamment informée par rapport | | | | | |
| | A) Aux méfaits du tabagisme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | B) À la saine alimentation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | C) À la pratique régulière d'activité physique | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Ma clientèle se montre réceptive lorsque j'aborde des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec elle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients fait partie de mon rôle en tant que professionnel de la santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Je crois en l'efficacité d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients pour le changement de comportements reliés à leur santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Je considère pertinent d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Dans ma pratique, le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients est un aspect auquel j'accorde de l'importance pour ma clientèle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients m'occasionne une surcharge de travail | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Je crois posséder les compétences pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ma capacité à effectuer des interventions préventives

18. Je suis suffisamment formé(e) pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients 1 2 3 4 5
19. Je possède suffisamment de connaissances pour aborder les sujets suivants avec mes patients :
- A) L'arrêt tabagique 1 2 3 4 5
 - B) La saine alimentation 1 2 3 4 5
 - C) La pratique d'activité physique 1 2 3 4 5
20. Il est facile pour moi de communiquer des informations reliées aux saines habitudes de vie à mes patients 1 2 3 4 5
21. Lorsque je rencontre un patient, j'ai suffisamment de temps pour aborder avec lui des sujets reliés aux saines habitudes de vie 1 2 3 4 5
22. J'ai à ma disposition tous les outils et ressources nécessaires pour aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients 1 2 3 4 5
23. J'ai à ma disposition du matériel éducatif à remettre à mes patients concernant les saines habitudes de vie 1 2 3 4 5
24. Il est facile de référer mes patients à l'intervenant-pivot qui travaille au niveau des saines habitudes de vie 1 2 3 4 5

Mes indices à l'action

25. Des affiches sur les saines habitudes de vie sont présentes dans mon milieu de travail 1 2 3 4 5
26. Le fait que des affiches sur les saines habitudes de vie soient (ou seraient) présentes dans mon milieu de travail me rappelle d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients 1 2 3 4 5

Mes récompenses à effectuer des interventions préventives

27. Je perçois de la satisfaction de la part des patients lorsque j'aborde des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec eux 1 2 3 4 5
28. Mes collègues de travail abordent avec leurs patients des sujets reliés aux saines habitudes de vie 1 2 3 4 5
29. Mes collègues de travail me soutiennent dans discussions que j'ai avec mes patients sur les saines habitudes de vie 1 2 3 4 5
30. Il arrive que mes collègues de travail et moi discussions des conseils que nous donnons à nos patients sur les saines habitudes de vie 1 2 3 4 5

31. En abordant des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec les patients, il m'arrive souvent de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique 1 2 3 4 5

32. Le fait de détecter des fumeurs et/ou des personnes mangeant peu de fruits et légumes ou faisant peu d'activité physique m'encourage ou m'encouragerait à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec d'autres patients 1 2 3 4 5

Mon degré d'action en matière d'interventions préventives

33. Veuillez cocher la phrase qui correspond le mieux à l'endroit où vous vous situez dans votre démarche.

- ☐ ¹ Je ne prévois pas changer ma pratique afin d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients
- ☐ ² Je pense tranquillement à changer ma pratique afin de débiter à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients
- ☐ ³ Je prévois débiter à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec mes patients sous peu
- ☐ ⁴ J'ai débuté à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec quelques-uns de mes patients depuis peu
- ☐ ⁵ J'ai débuté à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec la plupart de mes patients depuis peu
- ☐ ⁶ Je conseille quelques-uns de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis au moins 6 mois
- ☐ ⁷ Je conseille la plupart de mes patients sur les saines habitudes de vie depuis au moins 6 mois

Si vous abordez des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec au moins quelques uns de vos patients, passez à la question 34. Sinon, passez à la question 40.

34. Le non-tabagisme est un sujet que j'aborde fréquemment 1 2 3 4 5

35. La saine alimentation est un sujet que j'aborde fréquemment 1 2 3 4 5

36. La pratique de l'activité physique est un sujet que j'aborde fréquemment 1 2 3 4 5

37. Est-ce que le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos patients entraîne des inconvénients dans votre pratique?

☐ ¹ Oui

☐ ² Non

Si oui, lesquels?

38. Décrivez en quelques lignes un souvenir positif d'une intervention dans laquelle vous avez abordé un sujet relié aux saines habitudes de vie.

39. Décrivez en quelques lignes un souvenir négatif d'une intervention dans laquelle vous avez abordé un sujet relié aux saines habitudes de vie.

40. Selon vous, quels sont les plus grands obstacles au fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos patients ?

_____	_____
_____	_____

41. Identifiez ce qui favoriserait le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec les patients.

_____	_____
_____	_____

42. Dans la dernière année, plusieurs outils et plusieurs éléments de support ont été mis en place afin de vous aider à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos patients. Pour chacun de ceux-ci, identifiez à quel point il vous a aidé dans cette tâche en utilisant l'échelle suivante:

- 1 = Tout à fait inutile
- 2 = Inutile
- 3 = Plus ou moins utile
- 4 = Utile
- 5 = Tout à fait utile

A) Formation de septembre 2005 sur le 0.5.30 (Formateurs :Dre Denise Beauséjour, Daniel Lussier, Myriam Chênevert)	1	2	3	4	5
B) Formation de janvier 2006 sur la nutrition et l'activité physique (Formateurs : Pascal Vincent et Myriam Chênevert)	1	2	3	4	5
C) Guide plastifié - Le counselling de courte durée; 4 étapes pour faciliter l'adoption de saines habitudes de vie	1	2	3	4	5
D) Feuille « Résumé des interventions » disponible au dossier	1	2	3	4	5
E) Envoi de courriels	1	2	3	4	5
F) Discussions lors des réunions d'équipe	1	2	3	4	5

43. Est-ce qu'une collègue de travail serait une personne qui pourrait vous motiver (ou vous motiver encore plus) à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos patients?
- ☐ ¹ Oui ☐ ² Non

Si oui, comment?

44. Comment un professionnel spécialisé dans certaines habitudes de vie (nutritionniste, kinésologue) pourrait vous apporter du support dans le fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos patients?

45. Autres commentaires

Merci de votre collaboration !

ANNEXE F
Guide d'entrevue

-Réalisation d'interventions courtes en saines habitudes de vie-

Grille d'entrevue

PARTIE I

Thème 1 – Mes motivations à effectuer des interventions préventives

1. De manière générale, que pensez-vous du fait d'aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos clients?
2. Si vous aviez à décrire l'approche des interventions courtes en saines habitudes de vie à un nouvel intervenant qu'en diriez vous?

Thème 2 – Ma capacité à effectuer des interventions préventives

1. Comment vous sentez-vous préparé à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie avec vos clients?
2. Comment les activités et/ou les outils mis en place dans la dernière année (formations, feuille résumée au dossier, discussions dans les réunions d'équipe...) pour vous inciter à aborder des sujets reliés aux saines habitudes de vie vous ont aidé ou auraient pu vous aider ?

Thème 3 – Mes récompenses à effectuer des interventions préventives

1. Quelle est la plus satisfaisante récompense à effectuer des interventions de prévention avec vos clients?

PARTIE II - Inconvénients/obstacles et éléments facilitants

1. Certains collègues ont mentionné le manque de temps comme étant un obstacle à la réalisation d'interventions de prévention, qu'en pensez-vous?
2. Certains collègues ont mentionné le manque de réceptivité de la part des clients comme étant un obstacle à la réalisation d'interventions de prévention, qu'en pensez-vous?

PARTIE III – Incidents critiques

1. Décrivez en quelques mots un souvenir positif d'une intervention dans laquelle vous avez abordé un sujet relié aux saines habitudes de vie.
2. Décrivez en quelques mots un souvenir négatif d'une intervention dans laquelle vous avez abordé un sujet relié aux saines habitudes de vie.

ANNEXE G
Lettre d'approbation du comité éthique

Le 3 juillet 2006

Madame Myriam Chênevert
Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
1200, rue King Est
Sherbrooke (Québec) J1G 1E4

Objet : Évaluation éthique et scientifique du projet « Exploration des facteurs favorisant la réalisation d'interventions minimales en saines habitudes de vie par des infirmiers des services de santé courants du CSSS-IUGS » - 2005-13

Madame,

Votre projet a été évalué lors de la rencontre régulière du Comité d'éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de Sherbrooke (CÉR) du 22 juin 2006. Vous trouverez ci-joint le rapport d'évaluation de votre projet.

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet est accepté. Nous vous demandons toutefois d'apporter des modifications mineures aux formulaires de consentement et de nous les retourner modifiés avant d'amorcer votre collecte de données.

Le CÉR vous rappelle que vous êtes responsable de la qualité scientifique de votre projet, du respect des personnes impliquées dans celui-ci et de l'utilisation correcte des ressources affectées aux activités de recherche. Vous devez aviser le CÉR de toutes modifications apportées au protocole de votre recherche et obtenir l'approbation de celles-ci avant de poursuivre vos activités de collecte de données.

Dans un souci de protection des personnes prêtant leur participation à la recherche et dans l'intérêt du public en général, le CÉR peut, sur demande de votre part, donner des avis en tout temps sur des questions ou des problèmes d'ordre éthique que vous rencontrez.

La démarche en éthique de la recherche exige l'acceptation initiale par le CÉR et un suivi du déroulement de la recherche. À cette fin, vous vous engagez à produire un rapport annuel. Votre rapport annuel sera requis pour le mois de mai 2007. Le CÉR vous enverra un formulaire à cet effet un mois avant cette échéance.

Veillez agréer, Madame, mes salutations sincères et bon succès dans votre projet.

La présidente du CÉR,

Nicole Dubuc

C.c. Madame Marie Marquis, professeure, Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal

Madame Johanne Archambault, directrice administrative de l'enseignement et de la recherche, CSSS-IUGS

Madame Denise St-Cyr Tribble, directrice scientifique de la recherche, CSSS-IUGS

Madame Nancy Hamel, secrétariat de la recherche, CSSS-IUGS

p. j. Rapport d'évaluation du CÉR.

ANNEXE H

Tableau croisé associant l'âge des professionnelles au Stade de Prochaska et à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Âge			
	Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)	
	35 ans et moins	36 ans et plus	35 ans et moins	36 ans et plus
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Stade de Prochaska				
Stade 1 : N'a pas débuté à effectuer des interventions	2 (8.3) (100.0) (20.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Stade 2 : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	3 (12.5) (60.0) (30.0)	2 (8.3) (40.0) (14.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	2 (20.0) (100.0) (28.6)
Stade 3 : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	5 (20.8) (29.4) (50.0)	12 (50.0) (70.6) (85.7)	3 (30.0) (37.5) (100.0)	5 (50.0) (62.5) (71.4)
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	3** (14.3) (75.0) (42.9)	1** (4.8) (25.0) (7.1)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	2** (9.5) (33.3) (28.6)	4** (19.0) (66.6) (28.6)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	3 (30.0) (100.0) (42.9)
En accord / Tout à fait en accord	2** (9.5) (18.2) (28.6)	9** (42.9) (81.8) (64.2)	3 (30.0) (42.9) (100.0)	4 (40.0) (57.1) (57.1)
Fréquence élevée des interventions en alimentation				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1* (4.5) (50.0) (20.0)	1* (4.5) (50.0) (7.1)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (14.3)
Plus ou moins en accord	2* (9.0) (50.0) (30.0)	2* (9.0) (50.0) (14.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (14.3)
En accord / Tout à fait en accord	5* (22.7) (31.2) (50.0)	11* (50.0) (68.8) (78.6)	3 (30.0) (37.5) (100.0)	5 (50.0) (62.5) (71.4)
Fréquence élevée des interventions en activité physique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2* (9.0) (66.7) (25.0)	1* (4.5) (33.3) (7.1)	1 (10.0) (100.0) (33.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	3* (13.6) (50.0) (37.5)	3* (13.6) (50.0) (21.4)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	4 (40.0) (100.0) (57.1)
En accord / Tout à fait en accord	3* (13.6) (23.1) (37.5)	10* (45.5) (76.9) (71.4)	2 (20.0) (40.0) (66.7)	3 (30.0) (60.0) (42.9)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

¹ % Ligne

² % Colonne

* Deux données manquantes n= 22 groupe A

** Trois données manquantes n= 21 groupe A

ANNEXE H (suite)

Tableau croisé associant l'expérience des professionnelles au Stade de Prochaska et à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Expérience				
	Groupe A (n = 24)			Groupe B* (n = 10)	
	Moins de 5 ans	5 à 15 ans	16 ans et plus	Moins de 5 ans	5 à 15 ans
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Stade de Prochaska					
Stade 1 : N'a pas débuté à effectuer des interventions	2 (8.3) (100.0) (16.7)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Stade 2 : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	3 (12.5) (60.0) (25.0)	1 (4.2) (20.0) (10.0)	1 (4.2) (20.0) (50.0)	1 (10.0) (50.0) (16.7)	1 (10.0) (50.0) (25.0)
Stade 3 : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	7 (29.2) (41.2) (58.3)	9 (37.5) (52.9) (90.0)	1 (4.2) (5.8) (50.0)	5 (50.0) (62.5) (83.3)	3 (30.0) (37.5) (75.0)
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique					
Tout à fait en désaccord / En désaccord	4*** (19.0) (100.0) (40.0)	0*** (0.0) (0.0) (0.0)	0*** (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	3*** (14.3) (50.0) (30.0)	3*** (14.3) (50.0) (33.3)	0*** (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (33.3) (16.7)	2 (20.0) (66.7) (50.0)
En accord / Tout à fait en accord	3*** (14.3) (27.2) (30.0)	6*** (28.6) (54.5) (66.7)	2*** (9.5) (18.2) (100.0)	5 (50.0) (71.4) (83.3)	2 (20.0) (28.6) (50.0)
Fréquence élevée des interventions en alimentation					
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2** (9.0) (100.0) (18.2)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (16.7)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	3** (13.6) (75.0) (27.3)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1** (4.5) (25.0) (50.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (25.0)
En accord / Tout à fait en accord	6** (27.2) (37.5) (54.5)	9** (40.9) (56.3) (100.0)	1** (4.5) (6.3) (50.0)	5 (50.0) (62.5) (83.3)	3 (30.0) (37.5) (75.0)

ANNEXE H (suite)

	Expérience					
	Groupe A (n = 24)			Groupe B (n = 10)		
	Moins de 5 ans	5 à 15 ans	16 ans et plus	Moins de 5 ans	5 à 15 ans	
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	
Fréquence élevée des interventions en activité physique						
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2** (9.0) (66.7) (18.2)	1** (4.5) (33.3) (11.1)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (16.7)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	
Plus ou moins en accord	5** (22.7) (83.3) (45.5)	1** (4.5) (16.7) (11.1)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (25.0) (16.7)	3 (30.0) (75.0) (75.0)	
En accord / Tout à fait en accord	4** (18.2) (30.8) (36.4)	7** (31.8) (53.8) (77.8)	2** (9.0) (15.4) (100.0)	4 (40.0) (80.0) (66.7)	1 (10.0) (20.0) (25.0)	

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

¹ % Ligne

² % Colonne

* Il est à noter que le groupe B ne comprenait pas de sujets de 16 ans et plus d'expérience

** Deux données manquantes n= 22 groupe A

*** Trois données manquantes n= 21 groupe A

ANNEXE H (suite)

Tableau croisé associant la scolarité des professionnelles au Stade de Prochaska et à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Scolarité			
	Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)	
	Collégial	Universitaire	Collégial	Universitaire
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Stade de Prochaska				
Stade 1 : N'a pas débuté à effectuer des interventions	2 (8.3) (100.0) (20.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Stade 2 : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	1 (4.2) (25.0) (10.0)	4 (16.7) (75.0) (28.6)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	2* (22.2) (100.0) (40.0)
Stade 3 : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	7 (29.2) (41.2) (70.0)	10 (41.7) (58.8) (71.4)	4* (44.4) (57.1) (100.00)	3* (33.3) (42.9) (60.0)
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	3*** (14.3) (75.0) (33.3)	1*** (4.6) (25.0) (8.3)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	2*** (9.5) (33.3) (22.2)	4*** (19.0) (66.7) (33.3)	2* (22.2) (66.7) (50.0)	1* (11.1) (33.3) (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	4*** (19.0) (36.3) (44.4)	7*** (33.3) (63.6) (58.3)	2* (22.2) (33.3) (50.0)	4* (44.4) (66.7) (80.0)
Fréquence élevée des interventions en alimentation				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1** (4.5) (50.0) (11.1)	1** (4.5) (50.0) (7.7)	1* (11.1) (100.0) (25.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	2** (9.0) (50.0) (22.2)	2** (9.0) (50.0) (15.4)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	1* (11.1) (100.0) (20.0)
En accord / Tout à fait en accord	6** (27.2) (37.5) (66.7)	10** (45.4) (62.5) (76.9)	3* (33.3) (42.9) (75.0)	4* (44.4) (57.1) (80.0)
Fréquence élevée des interventions en activité physique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2** (9.0) (66.7) (22.2)	1** (4.5) (33.3) (7.7)	1* (11.1) (100.0) (25.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	3** (14.3) (50.0) (33.3)	3** (14.3) (50.0) (23.1)	2* (22.2) (50.0) (50.0)	2* (22.2) (50.0) (40.0)
En accord / Tout à fait en accord	4** (19.0) (30.8) (44.4)	9** (40.9) (69.2) (69.2)	1* (11.1) (25.0) (25.0)	3* (33.3) (75.0) (60.0)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

¹ % Ligne

² % Colonne

* Une donnée manquante n= 9 groupe B

** Deux données manquantes n= 22 groupe A

*** Trois données manquantes n =21 groupe A

ANNEXE H (suite)

Tableau croisé associant les habitudes de vie des professionnelles au Stade de Prochaska et à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Consommation Légumes et fruits				Niveau activité physique			
	Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)		Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)	
	Moins de 5 portions/jr	5 portions et plus/jr	Moins de 5 portions/jr	5 portions et plus/jr	30 minutes ou moins/jr	Plus de trente minutes/jr	30 minutes ou moins/jr	Plus de trente minutes/jr
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Stade de Prochaska								
Stade 1 : N'a pas débuté à effectuer des interventions	2 (8.3) (100.0) (15.4)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1* (4.3) (50.0) (5.9)	1* (4.3) (50.0) (16.7)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Stade 2 : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	3 (12.5) (60.0) (23.1)	2 (8.3) (40.0) (18.2)	2 (20.0) (100.0) (50.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	2* (8.7) (50.0) (11.8)	2* (8.7) (50.0) (33.3)	1 (10.0) (50.0) (12.5)	1 (10.0) (50.0) (50.0)
Stade 3 : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	8 (33.3) (47.0) (61.5)	9 (37.5) (53.0) (81.8)	2 (20.0) (25.0) (50.0)	6 (60.0) (60.0) (100.0)	14* (60.9) (82.3) (82.4)	3* (13.0) (17.6) (50.0)	7 (70.0) (87.5) (87.5)	1 (10.0) (12.5) (50.0)

ANNEXE H (suite)

	Consommation Légumes et fruits				Niveau activité physique			
	Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)		Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)	
	Moins de 5 portions/jr	5 portions et plus/jr	Moins de 5 portions/jr	5 portions et plus/jr	30 minutes ou moins/jr	Plus de trente minutes/jr	30 minutes ou moins/jr	Plus de trente minutes/jr
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Fréquence élevée des interventions en alimentation								
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1** (4.5) (50.0) (8.3)	1** (4.5) (50.0) (10.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (16.7)				
Plus ou moins en accord	3** (13.6) (75.0) (25.0)	1** (4.5) (25.0) (10.0)	1 (10.0) (100.0) (25.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)				
En accord / Tout à fait en accord	8** (36.4) (50.0) (66.7)	8** (36.4) (50.0) (80.0)	3 (30.0) (37.5) (75.0)	5 (50.0) (62.5) (83.3)				
Fréquence élevée des interventions en activité physique								
Tout à fait en désaccord / En désaccord					2*** (9.5) (100.0) (12.5)	0*** (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (12.5)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord					5*** (23.8) (83.3) (31.2)	1*** (4.8) (16.7) (20.0)	4 (40.0) (100.0) (50.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
En accord / Tout à fait en accord					9*** (42.9) (69.2) (56.2)	4*** (19.0) (30.8) (80.0)	3 (30.0) (60.0) (37.5)	2 (20.0) (40.0) (100.0)
Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention							¹ % Ligne	
Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions							² % Colonne	

* Une donnée manquante n= 23 groupe A

**Deux données manquantes n= 22 groupe A

*** Trois données manquantes n= 21 groupe

ANNEXE I

Tableau croisé associant le Stade de Prochaska des professionnelles à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Stade de Prochaska					
	Groupe A (n = 24)			Groupe B (n = 10)		
	Stade 1 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	Stade 2 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	Stade 3 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	Stade 1 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	Stade 2 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	Stade 3 N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique						
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1** (4.8) (25.0) (100.0)	1** (4.8) (25.0) (20.0)	2** (9.5) (50.0) (13.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	2** (9.5) (33.3) (40.0)	4** (19.0) (66.7) (26.7)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (33.3) (50.0)	2 (20.0) (66.7) (25.0)
En accord / Tout à fait en accord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	2** (9.5) (18.2) (40.0)	9** (42.9) (81.8) (60.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (14.3) (50.0)	6 (60.0) (85.7) (75.0)
Fréquence élevée des interventions en alimentation						
Tout à fait en désaccord / En désaccord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1* (4.5) (50.0) (20.0)	1* (4.5) (50.0) (6.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (12.5)
Plus ou moins en accord	1* (4.5) (25.0) (100.0)	2* (9.1) (50.0) (40.0)	1* (4.5) (25.0) (6.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (50.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	2* (9.1) (12.5) (40.0)	14* (63.6) (87.5) (87.5)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (12.5) (50.0)	7 (70.0) (87.5) (87.5)
Fréquence élevée des interventions en activité physique						
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1* (4.5) (33.3) (100.0)	2* (9.1) (66.7) (40.0)	0** (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (12.5)
Plus ou moins en accord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	1* (4.5) (16.7) (20.0)	5* (22.7) (83.3) (31.3)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (25.0) (50.0)	3 (30.0) (75.0) (37.5)
En accord / Tout à fait en accord	0** (0.0) (0.0) (0.0)	2* (9.1) (15.4) (40.0)	11* (50.0) (84.6) (68.8)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (20.0) (50.0)	4 (40.0) (80.0) (66.7)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

¹% Ligne

²% Colonne

* Deux données manquantes n= 22 groupe A

** Trois données manquantes n= 21 groupe A

ANNEXE J

Tableau croisé associant le niveau d'accord des professionnelles sur le fait que les interventions de courte durée en saines habitudes de vie s'insèrent bien dans leur pratique et leur niveau d'accord que les interventions courtes en saines habitudes de vie leur occasionne une surcharge de travail

	Niveau d'accord s'insère bien dans la pratique					
	Groupe A (n = 24)			Groupe B (n = 10)		
	Tout à fait en désaccord / En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord / Tout à fait en accord	Tout à fait en désaccord / En désaccord	Plus ou moins en accord	En accord / Tout à fait en accord
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Niveau d'accord occasionne une surcharge de travail						
Tout à fait en désaccord / En désaccord	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (4.2) (14.3) (25.0)	6 (25.0) (85.7) (30.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (10.0) (100.0) (11.1)
Plus ou moins en accord	0 (0.0) (0.0) (0.0)	1 (4.2) (14.3) (25.0)	6 (25.0) (85.7) (30.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	4 (40.0) (100.0) (44.4)
En accord / Tout à fait en accord	0 (0.0) (0.0) (0.0)	2 (8.3) (20.0) (50.0)	8 (33.3) (80.0) (40.0)	1 (10.0) (20.0) (100.0)	0 (0.0) (0.0) (0.0)	4 (40.0) (80.0) (44.4)

Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention

Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions

¹% Ligne

²% Colonne

ANNEXE J (suite)

Tableau croisé associant les inconvénients perçus par les professionnelles à la réalisation d'interventions de courte durée en saines habitudes de vie au Stade de Prochaska des professionnelles et à la fréquence des interventions courtes en saines habitudes de vie

	Inconvénients perçus			
	Groupe A (n = 24)		Groupe B (n = 10)	
	Oui	Non	Oui	Non
	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²	N (%total) (% L) ¹ (% C) ²
Stade de Prochaska				
<u>Stade 1</u> : N'a pas débuté à effectuer des interventions	1 (4.2) (50.0) (10.0)	1 (4.2) (50.0) (7.1)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
<u>Stade 2</u> : A débuté à effectuer des interventions depuis peu	4 (16.7) (80.0) (40.0)	1 (4.2) (20.0) (7.1)	1* (11.1) (100.0) (50.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
<u>Stade 3</u> : A débuté à effectuer des interventions depuis 6 mois	5 (20.8) (29.4) (50.0)	12 (50.0) (70.6) (85.7)	1* (11.1) (12.5) (50.0)	7* (77.7) (87.5) (100.0)
Fréquence élevée des interventions en arrêt tabagique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	3*** (14.3) (75.0) (30.0)	1*** (4.8) (25.0) (9.1)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	4*** (19.0) (66.7) (40.0)	2*** (9.5) (33.3) (18.2)	2* (22.2) (66.6) (100.0)	1* (11.1) (33.3) (14.3)
En accord / Tout à fait en accord	3*** (14.3) (27.2) (30.0)	8*** (38.1) (72.7) (72.3)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	6* (66.6) (100.0) (85.7)
Fréquence élevée des interventions en alimentation				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	1** (4.5) (50.0) (10.0)	1** (4.5) (50.0) (8.3)	1* (11.1) (100.0) (50.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
Plus ou moins en accord	3** (13.6) (75.0) (30.0)	1** (4.5) (25.0) (8.3)	1* (11.1) (100.0) (50.0)	0* (0.0) (0.0) (0.0)
En accord / Tout à fait en accord	6** (27.3) (37.5) (60.0)	10** (45.5) (62.5) (83.3)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	7* (77.7) (100.0) (100.0)
Fréquence élevée des interventions en activité physique				
Tout à fait en désaccord / En désaccord	2** (9.1) (66.7) (20.0)	1** (4.5) (33.3) (8.3)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	1* (11.1) (100.0) (14.3)
Plus ou moins en accord	3** (13.6) (50.0) (30.0)	3** (13.6) (50.0) (25.0)	2* (22.2) (50.0) (100.0)	2* (22.2) (50.0) (28.6)
En accord / Tout à fait en accord	5** (22.7) (38.5) (50.0)	8** (36.4) (61.5) (66.7)	0* (0.0) (0.0) (0.0)	4* (44.4) (100.0) (57.1)
Groupe A : Groupe questionnaire pré intervention			¹ % Ligne	
Groupe B : Groupe questionnaire et incidents critiques post interventions			² % Colonne	

* Une donnée manquante n= 9 groupe B

** Deux données manquantes n= 22 groupe A

*** Trois données manquantes n= 21 groupe A

ANNEXE K

Inconvénients et obstacles associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie

Questions	Thèmes	Citations
Inconvénients dans la pratique	1) Liés à l'environnement de pratique	
	Surcharge de travail	Surcharge de travail à l'occasion Surcharge (2 fois) Parfois je manque de temps car j'ai une surcharge Le problème se situe principalement au niveau du rythme de travail auquel nous sommes soumises
	Retard dans l'horaire	Retard dans l'horaire
		Possibilité de retard pour les interventions suivantes
Obstacles rencontrés	1) Liés aux professionnelles	
	Connaissances limitées des intervenants	Connaissances limitées, surtout en nutrition et en arrêt tabagique Pas de formation suffisante dans l'approche personnalisée Manque de connaissances Peu de connaissances
	Oubli de la part des professionnelles	Se rappeler d'en parler
	Pression ressentie de la part des gestionnaires	On a parfois tendance à nous faire sentir que l'on doit s'approprier la santé de l'individu

ANNEXE K (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Obstacles rencontrés (suite)	2) Liés à la clientèle Faible implication de la part du client à l'égard des saines habitudes de vie	Lorsque le patient n'est pas ouvert et ne voit pas de souffrance à sa situation Manque d'ouverture de plusieurs clients face à un changement d'habitudes de vie Ouverture des patients Réceptivité de la clientèle Patients parfois non-réceptifs Manque de réceptivité du client Patient peu ou pas réceptif Patient peu réceptif J'ai l'impression que les gens sont blasés Compliance du client Le manque de motivation Peu d'ouverture de la clientèle Client peu ouvert Réceptivité du client Le non-intérêt des gens Désintérêt des gens Motivation du client Coopération des clients

ANNEXE K (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Obstacles rencontrés (suite)	2) Liés à la clientèle (suite)	
	Condition de santé de la clientèle/raison de consultation	Maladies des gens (cancer...) Condition de santé du patient très précaire Contexte pour lequel on voit le patient
		Problèmes de santé de la clientèle Méconnaissance de leur maladie
	Profil socio-économique de la clientèle	Condition de pauvreté de la clientèle L'influence de leur milieu Patient peu scolarisé (ou qui ne comprend pas le langage) Le manque d'éducation vs scolarité
	Habitudes de vie ancrées de la clientèle	Milieu de vie des clients Les habitudes de vie ancrées depuis longtemps chez eux
	Manque de temps de la clientèle	Patients pressés

ANNEXE K (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Obstacles rencontrés (suite)	3) Liés à l'environnement de pratique Manque de temps	<p>Temps; pas toujours évident en sans rendez-vous car le temps nous presse plus</p> <p>Manque de temps pour faire mes soins</p> <p>Manque de temps; limité à 30 minutes par patient</p> <p>Peu de temps lors des rencontres</p> <p>Manque de temps (5 fois)</p> <p>J'ai toujours peur de ne pas avoir assez de temps</p> <p>Le temps qui reste lors d'une consultation n'est pas toujours égal d'un client à l'autre</p> <p>Limite de temps (2 fois)</p> <p>Être limité dans le temps</p> <p>Pas assez de temps</p> <p>Temps pour le faire</p> <p>Le temps</p> <p>Souvent le temps</p> <p>Manque de temps lors du rendez-vous</p> <p>Manque de temps (2 fois)</p> <p>Le temps</p> <p>Temps</p>

ANNEXE K (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Obstacles rencontrés (suite)	3) Liés à l'environnement de pratique (suite)	
	Manque de documents à remettre au client	Le manque de documents à remettre au patient (2 fois) Manque de documentation Ne pas avoir le matériel qui supporte mon enseignement dans le local où je travaille Peu d'outils visuels
	Manque d'outils pour les intervenants	Manque d'outils (2 fois) Peu d'outils Pas d'outils d'évaluation plus adaptés à une bonne évaluation de l'ensemble des habitudes de vie
	Absence de suivi suite aux interventions	Manque de ressources pour entreprendre une démarche en profondeur Pas de suivi par les mêmes intervenants pour établir une relation de confiance Démotivation/insatisfaction de savoir si un autre fera le suivi ou non
	Rotation du personnel	Rotation du personnel
	Compétition entre les interventions à réaliser pour un même client	On doit prioriser les interventions
	Structure	Manque de structure
	Environnement	L'environnement

ANNEXE L

Facteurs facilitant les interventions de courte durée en saines habitudes de vie et importance d'une collègue de travail ou d'un professionnel spécialisé dans la réalisation des interventions

Questions	Thèmes	Citations
Facteurs facilitants	1) Liés aux professionnelles	
	Formation pour les intervenants	Formation sur des façons de faciliter l'intérêt des clients à participer par l'approche personnalisée et sur les trucs efficaces Favoriser l'augmentation des connaissances De la formation pour les intervenants Formation Formation continue
	Soutien des pairs	La collaboration et l'échange sont un effet constructif dans une intervention gagnante Si mes collègues travaillent dans le même sens Si je me sens supporté
	Les habitudes de vie des intervenants	Que les intervenants eux-mêmes aient de bonnes habitudes de vie
	Façons d'aborder le message	Plus d'investigation de la réalité de la vie des gens En parler de façon progressive
	Feed-back des interventions réalisées	Avoir le suivi « concret » sur ce qui se vit pour le client qui participe aux programmes
	2) Liés à la clientèle	
	Motivation du client	Intérêt du patient Motivation du patient (2 fois) Patient intéressé et motivé
	La condition de santé de la clientèle/contexte de la consultation	Quand le problème de santé majeur est réglé

ANNEXE L (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Facteurs facilitants (suite)	3) Liés à l'environnement de pratique Documentation à remettre aux clients à la portée	<p>Avoir des documents à notre portée (2 fois) D'avoir des dépliants accessibles dans les salles de travail Les outils nécessaires dans un présentoir au mur, si je n'ai pas le temps d'en parler je peux donner le dépliant si le client se dit intéressé à le lire Matériel (dépliants, images) Des dépliants Matériel informatif Matériel à leur remettre (dépliants) Documentation, ex : dépliants, petit résumé à distribuer Document pertinent, simple, facile d'accès et de compréhension, accrocheur à l'œil Outils plus élaborés et spécifiques aux saines habitudes de vie Plus de documentation spécifique à des problèmes de santé spécifiques</p> <p>Disposition physique des lieux de travail avec matériel coloré et en évidence à ma disposition</p>
	Outils de travail	<p>Avoir une feuille au dossier pour le suivi des clients Outils adéquats Outil de continuité Outil de travail Compléter la production d'outils d'évaluation non existants ou non-acceptés par les archives (ex : dépistage ITS) Avoir des plans de soins types, mais qu'on peut adapter à la personne Avoir une liste de ressources, moyens dans la salle d'attente ou des affiches plastifiées Compléter notre collecte de données avec des questions telles : « Êtes-vous exposés à la fumée secondaire? » « Connaissez-vous les ressources, les moyens pour vous aider? »</p> <p>Carte mémoire avec points principaux</p>

ANNEXE L (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Facteurs facilitants (suite)	3) Liés à l'environnement de pratique (suite)	
	Temps horaire alloué à la prévention	Avoir du temps alloué à la prévention 15 minutes de plus par client qui accepte du soutien Plus de temps pour le faire Horaire moins chargé Si temps horaire alloué, possible dans le contexte de travail Être moins restreinte dans le temps Plus de temps lors des consultations
	Suivi auprès des clients	Assurer un suivi auprès des clients
Motivation d'une collègue de travail	1) Liés aux professionnelles	
	Être une personne ressource	Si elle possède de l'expertise dans le domaine Personne ressource En échangeant des trucs, de nouveaux outils En communiquant et en partageant de l'information. Permet de se conscientiser davantage ou de voir d'autres points de vue En apportant les nouveautés sur les dernières études ou résultats de recherche
	Échanges sur les expériences vécues	En me parlant de la façon dont elle aborde les saines habitudes de vie En me partageant sa façon d'aborder les différents sujets Partage d'expérience, d'anecdotes, d'exemples de réussite En me disant comment elle s'y prend, ce qu'elle aborde comme sujet, si elle leur remet de l'info écrite Discussion
	Organiser des rencontres de groupe	Plus de réunion d'équipe; notre chef d'équipe en fait mention souvent
	Effectuer un suivi auprès des clients	En faisant un suivi
	Mise à jour et/ou rappel de l'information	Mise à jour et/ou rappel de l'information
	Fournir des outils à remettre aux clients	Fournir des outils (guide de motivation pour le client)

ANNEXE L (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Soutien d'un professionnel spécialisé	1) Liés aux professionnelles Être une personne ressource	En étant sur place en tout temps et en ayant un horaire plus accessible Répondre aux questions des intervenants Être à notre disposition si interrogation avec un client Elle pourrait répondre à des questions pointues que je me pose afin de mieux renseigner les clients Être disponible pour répondre à mes questions Pour la formation adéquate en premier et ensuite en demeurant une personne ressource si j'ai des besoins ultérieurs En nous donnant de l'information orale et écrite sur leurs connaissances Elle a les connaissances Ils possèdent des connaissances et des trucs qui peuvent nous aider, nous orienter En apprenant davantage (augmentant les connaissances) Conseils spécifiques au type de clientèle rencontrée Mieux m'orienter avec les interventions courtes Meilleure référence Conseils au besoin Nous donner des trucs Données statistiques Toujours besoin d'actualisation ou de motivation Envoyer des courriels avec des trucs spécifiques En nous donnant des trucs pour aborder le sujet

ANNEXE L (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Soutien d'un professionnel spécialisé	1) Liés aux professionnelles (suite) Échanges sur les expériences vécues	Être disponible pour des discussions sur différents problèmes vécus avec les clients
	2) Liés à l'environnement de pratique Organiser des rencontres/formations	Rencontres de groupe Rencontres mensuelles Formations occasionnelles Avoir des rencontres régulières Formations sur différents sujets (alimentation, exercice...) Mises à jour régulières Mises à jour lors des réunions d'équipe Besoin d'actualisation et de motivation
	Fournir des outils à remettre aux clients	Outils/conseils permanents Outils à remettre aux clients En produisant des documents faciles à utiliser par les clients qui amèneraient à des discussions sur les saines habitudes de vie Fournir des outils pour mieux travailler avec le patient Fournir du matériel : poster, schéma, clair pour le patient En fournissant des dépliants vulgarisés concernant les différents secteurs

ANNEXE L (suite)

Questions	Thèmes	Citations
Soutien d'un professionnel spécialisé	2) Liés à l'environnement de pratique Fournir du feed-back sur la clientèle	Résumé des rencontres avec les clients vus au programme des maladies chroniques (répercussion, amélioration, résultats) Compte-rendu concret du succès obtenu avec les programmes afin d'en informer les gens pour stimuler leur intérêt
	En organisant des groupes d'enseignement pour la population	Rencontre facile d'accès et gratuit pour la population en général
Autres commentaires	1) Liés aux professionnelles Attitudes envers la prévention	L'augmentation de leur mieux-être quotidien La diminution des effets néfastes que les mauvaises habitudes ont sur la santé à long terme De petites interventions quotidiennes peuvent être favorables pour déclencher une démarche chez le client aussi minime soit elle Le tout serait à souhaiter pour améliorer la condition de vie des patients Merci d'un client qui m'a affirmé avoir beaucoup aimé le programme Tant et aussi longtemps que la pilule guérira tous les maux, le client ne verra pas les effets positifs à changer ses habitudes

ANNEXE M

Facteurs associés aux interventions de courte durée en saines habitudes de vie selon les professionnelles (infirmières) ayant participé aux entrevues

Facteurs	Thèmes	Citations
1) Liés aux professionnelles FACTEUR PRÉDISPOSANT : Attitudes	Attitudes positives envers les interventions courtes en saines habitudes de vie	<p>Moi je pense que c'est très adéquat. (E1)</p> <p>C'est un beau véhicule pour le message en soi de se prendre en charge avec des notions telles que le programme 0-5-30. (E1)</p> <p>Donc à quelque part, il faut vraiment axer là-dessus. (E1)</p> <p>Moi je trouve que c'est important. (E2)</p> <p>Je trouve ça important. C'est important de bien manger, c'est important de faire de l'exercice. (E2)</p> <p>Moi je parle du 0-5-30. (E3)</p> <p>Puis on est toutes d'accord avec ça. Moi je suis entièrement d'accord à faire de la prévention, puis en faire toujours mieux. (E3)</p> <p>Bien je trouve que c'est très correct, très adapté de profiter de la visite des gens pour leur faire comprendre des messages qui ne trouveront p-ê pas fruit cette fois-là, mais à long terme ça peut éveiller un intérêt chez le client. On sème des petites graines dans le fond. (E5)</p> <p>C'est comme basic, moi je trouve ces questions-là. « Faites-vous de l'exercice? » (E5)</p> <p>C'est beau, ces questions-là qu'on a mises sur la collecte de données, c'est comme la base. C'est important de les poser à la première visite. (E5)</p> <p>Juste d'intégrer ça dans ma routine, je trouve ça bien aussi, parce que je trouve que ça a bien du sens. (E5)</p> <p>Moi je suis convaincue, donc j'en parle ! (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
1) Liés aux professionnelles (suite)		
FACTEUR PRÉDISPOSANT : Attitudes (suite)	Capacité à gérer la charge de travail	<p>On a beaucoup à faire... la charge est lourde. (E2)</p> <p>Il faut combiner toutes nos affaires en une demi-heure en général, puis il faut tout faire. (E2)</p> <p>Je vais moins penser à faire de la prévention, parce que je suis débordée, ma stat n'est pas faite, mon dossier n'est pas fait quand ce n'est pas mes autres dossiers. (E3)</p> <p>Finalement, on nous sollicite beaucoup. À un moment donné, moi je perds ma motivation. (E3)</p>
FACTEUR PRÉDISPOSANT : Croyances	Perception de l'efficacité de l'intervention en terme de bénéfices pour la clientèle	<p>(En parlant de l'importance des interventions courtes en saines habitudes de vie) Pour améliorer l'état de santé du patient et aussi pour avoir une meilleure qualité de vie pour plus tard. Et pour sauver des soins. (E2)</p> <p>Si les gens se prennent en mains et en ayant de l'information, je pense que c'est bon pour eux. (E2)</p> <p>Il y a des gens pour lesquels le fait qu'on leur demande, peut-être que ça leur fait prendre une prise de conscience. (E2)</p> <p>Moi ça me motive quand même, car on sait que l'histoire dans ça c'est toujours d'être en santé, en forme plus longtemps. Donc on sait que si on intervient sur ces facteurs-là, ça a un point positif. Donc pour moi la motivation c'est correct au niveau de le faire, au niveau d'aborder le sujet. Au niveau du suivi c'est une autre affaire. (E4)</p> <p>L'intervention brève c'est pour rester en santé plus longtemps, de consulter moins... (E4)</p> <p>Je trouve que ça amorce quelque chose, ça les conscientise. (E5)</p>
	Conception du rôle de prévention en tant que professionnel de la santé de 1 ^{ère} ligne	<p>Parce que c'est bien beau de dire qu'on n'a pas le temps, mais c'est l'essence même de notre travail. (E1)</p> <p>Je trouve que ça fait parti de mon métier de le faire. (E3)</p> <p>Je ne dois pas m'attendre nécessairement à des résultats sur la clientèle. Il faut que je le fasse, car je sais que ça peut en sensibiliser certains. (E3)</p> <p>Moi je vois mon rôle plus pour sensibiliser à faire des changements. J'ai un minimum de préparation je crois, mais je ne suis pas la spécialiste et je ne veux pas le devenir, pas dans le temps qui nous est alloué. (E3)</p> <p>Bien, dans le fond, c'est une intervention brève ou minimale même. (E4)</p> <p>Moi j'y vais plus au niveau... vraiment... en surface. C'est plus de référer aux bonnes personnes. (E4)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
FACTEUR PRÉDISPOSANT : Efficacité personnelle	Valorisation des professionnelles par le simple fait d'accomplir une bonne action	<p>D'axer sur un processus de santé, ça en soi c'est une belle récompense. (E1)</p> <p>Pour moi c'est satisfaisant seulement d'en parler. Juste pour moi de parler sur les trois sujets. Bon j'ai vérifié s'il fumait, s'il faisait de l'exercice, au niveau de son alimentation. De faire le tour de ces trois affaires-là, vite, c'est satisfaisant. (E5)</p> <p>(En parlant du blocage possible que la non-réceptivité de la clientèle pourrait créer) Non, parce que des fois on va les chercher sur des sujets... Ce n'est pas parce qu'il nous dit qu'il fume depuis tant d'années, combien de cigarettes... Je lui dis ce que j'ai à lui dire. S'il n'est pas prêt maintenant, il faut respecter ça aussi. Mais au moins moi j'ai accompli ma tâche, j'ai accompli le bout de chemin que j'avais à faire. C'est ça qui est important pour moi. Ce n'est pas le résultat. (E5)</p> <p>Le résultat ce n'est pas là-dessus que je focusse. C'est plus sur le fait que j'ai réalisé une intervention peu importe si elle est écoutée ou non. J'ai dit quelque chose, c'est ça qui est important pour moi. De ne pas l'oublier dans le fond. D'intégrer ça dans ma pratique, pour moi c'est ce qui est satisfaisant. (E5)</p> <p>Je crois qu'il ne faut pas miser sur le résultat, il faut plutôt miser sur l'intervention qu'on fait. (E5)</p>
	Capacité à l'intégrer dans la pratique	<p>Moi je fais ça avec autre chose, donc ce n'est pas quelque chose qui me prend du temps. (E4)</p> <p>Au niveau temps, je ne peux pas dire que ça me prend du temps (E4)</p> <p>C'est quand même assez facile au niveau d'aborder, parce qu'on fait juste l'intervention brève. [...] De l'aborder avec l'intervention brève, ce n'est pas quelque chose qui est un blocage ou contraignant, car c'est quand même assez court à faire et puis de référer à des ressources à l'intérieur du CLSC si jamais il y a avait autre chose. (E4)</p> <p>Non parce que je me dis : bon aujourd'hui je vais faire ce que j'ai le temps de faire. La prochaine fois je continuerai. Je fais ce que je peux aujourd'hui. (E5)</p> <p>Je suis habituée de faire le tour de toutes les choses. Ce n'est comme pas un surplus. Ça fait parti de ma routine. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
1) Liés aux professionnelles (suite)		
FACTEUR PRÉDISPOSANT : Pratiques de santé personnelles	Les expériences positives des professionnelles ayant adopté de saines habitudes de vie	Je peux transmettre ça aux gens, car je l'ai vécu. Je leur ai dit, j'ai commencé tranquillement et l'aquaforme c'est bien car tu bouges, mais tu n'es pas endolori le lendemain. Ça vous permet de faire des mouvements plus grands que si vous étiez au gym. J'ai commencé vraiment comme ça graduellement et maintenant c'est dans mes habitudes. Tous les jours, je bouge, ça c'est sûr. Et je fais attention à mon alimentation. Je peux leur transmettre les bienfaits que ça me procure. C'est aussi important pour moi que de manger, dormir... (E5)
FACTEUR FACILITANT : Niveau de formation	Impression d'être suffisamment préparée	(En parlant de sa perception d'être suffisamment préparée) Moi je dirais que oui. (E3) Si moi on me dit : « Vous allez avoir du temps pour faire de la prévention », j'en ai des moyens je pense, mais je ne les ai pas tous. (E3) (En parlant des besoins de formation éventuels) Dans le fond, ce serait pour peaufiner l'intervention. Parce que là les rencontres qu'on a eues ça fait longtemps... est-ce que ça a changé, est-ce que les méthodes pour inciter les clients ou intervenir auprès d'eux ce serait différent un peu; des fois la façon qu'on fait, on ne sait pas si c'est correct. (E4) Je me sens correct, ça fait parti de ma routine de leur poser la question : « Fumez-vous? Avez-vous déjà pensé arrêter de fumer? » (E5) C'est sûr que je ne peux pas aller en profondeur au niveau de l'alimentation. Nous n'avons pas souvent le temps aussi, mais ce que je sais, j'essaie de l'intégrer, de le transmettre. (E5)

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
1) Liés aux professionnelles (suite)		
FACTEUR DE RENFORCEMENT : Feed-back sur le résultat des interventions	Désir d'obtenir du feed-back sur le fruit des interventions	<p>Si je vais discuter du programme et qu'il y a des gens qui sont intéressés à participer aux différentes activités que le programme met en place, mais ce serait le fun d'avoir un retour. (E1)</p> <p>Si on est à la phase de départ, c'est le fun que l'information nous soit revenue (E1)</p> <p>(En parlant du fait de donner du feed-back sur le fruit des interventions) Je pense que ça fait un retour à la source et ça nous motive à en parler davantage, ça nous motive à faire passer le message d'une meilleure façon. (E1)</p> <p>(En parlant des changements effectués ou non chez le client) Mais là habituellement c'est ce qu'on se demande. On n'a pas vraiment de chiffres statistiques... on n'a pas vraiment de données écrites non plus... (E4)</p> <p>(En parlant des interventions courtes en saines habitudes de vie) Dans le fond, on fait toujours ça, mais on se demande si on ne fait pas ça dans le vide. (E4)</p>
FACTEUR DE RENFORCEMENT : Discussion avec les pairs	Importance de transmettre les compétences sur la réalisation d'intervention courtes en saines habitudes de vie à d'autres collègues	<p>Je demande aux stagiaires que le message soit quand même véhiculé dès qu'on fait une cueillette de données à l'individu et même en cours de soin aussi. (E1)</p> <p>On essaie d'inculquer ces notions-là. (E1)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
2) Liés à la clientèle FACTEUR PRÉDISPOSANT : Attitudes de la clientèle envers les interventions de courte durée en saines habitudes de vie	Stade de changement de la clientèle	<p>Il y en a qui ne désire pas changer non plus. Ils ne sont pas dans la phase de changer; ils sont en contemplation et pour longtemps. S'il y en a qui ne veulent pas changer, ils ne veulent pas. On ne peut pas les changer. (E2)</p> <p>Quand on le sent qu'il y a un manque de réceptivité, c'est d'en parler avec la personne. (E3)</p> <p>S'il y a un blocage, je vais arrêter. Je ne suis pas quelqu'un qui va revenir à la charge. Tu as l'impression d'être fatiguant. Ça ne me tenterait pas de me le faire dire ! [Rires] Donc si je vois que ça bloque et que la personne ne veut rien savoir, je ne vais pas revenir. (E4)</p> <p>Parce ce que moi je te dirais au niveau de l'exercice quand tu expliques les bienfaits de tout ça, à quoi ça va servir, ce n'est pas que les gens ne sont pas réceptifs. Moi les seuls que j'ai vus, c'est tous « je n'en fais pas, mais je devrais ». Au niveau de l'exercice, je ne sens pas de blocage de la part de la clientèle. (E4)</p> <p>Dans le fond, on fait toujours ça, mais on se demande si on ne fait pas ça dans le vide. Parce que de un, on n'est pas allé vérifier la motivation. Tu sais, c'est une intervention brève, mais peut-être incomplète. On n'est pas allé vérifier s'il avait l'intention d'arrêter ou pas, donc c'est sûr que s'il n'a pas l'intention d'arrêter d'ici 6 mois, donc c'est juste de lui faire connaître les références et de lui dire qu'ici il y a un service, tandis que s'il nous disait qu'il est prêt à arrêter de fumer, peut-être qu'on aurait des interventions différentes pour qu'il y aille pratiquement vers le service. (E4)</p>
	Biais de désirabilité des clients	<p>Des fois on sent des malaises quand on leur demande, faites-vous de l'exercice ou prenez-vous des fruits et des légumes. (E2)</p> <p>Justement, j'ai eu quelqu'un cet après-midi, puis justement c'était ça que je lui demandais, je lui demandais si... mangez-vous des fruits puis des légumes. Ben, ben... Puis là finalement il m'a dit un peu. Je lui ai demandé combien... Puis là il m'a répondu, puis pour l'activité physique, ben il m'a dit non, bien je fais ma terrasse et il cherchait autre chose à dire parce qu'il savait qu'il n'en faisait pas. (E2)</p> <p>Moi la question que je trouve toujours la plus difficile dans ça, c'est l'alimentation. Je pense que les gens sont sur la défensive, plus qu'au niveau de l'exercice. (E4)</p> <p>On sent que les gens sont sur la défensive, ils coupent ça très court ! (E4)</p>
	Importance de l'intérêt des clients	<p>(En parlant de la plus belle récompense) De voir que les gens ont de l'intérêt, puis qu'ils veulent améliorer leur état de santé. (E2)</p> <p>Si le client montre de l'intérêt, ça c'est le fun. Je me dis bon, ça va porter fruit ce que je lui dis. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
2) Liés à la clientèle (suite)		
FACTEUR FACILITANT : Contexte de la consultation	Régularité des visites du client	<p>(En parlant des interventions courtes en saines habitudes de vie) Je vais le faire de temps en temps, mais plus avec les personnes qui viennent régulièrement. (E3)</p> <p>Ce n'est pas avec la majorité des gens que je rencontre que je peux faire ça. C'est plus avec les réguliers qu'on a le temps. (E3)</p> <p>Si j'ai tant de points de suture à enlever et que je sais que je ne la reverrai même pas la personne, je n'y penserai même pas des fois. (E3)</p>
	Raison de la consultation	<p>L'individu lui, quand il vient ici pour recevoir un soin, on se rend compte que tout ce qu'il veut c'est savoir mon bobo, il est-tu correct, j'ai-tu de l'infection, faudrait-tu que je vois le médecin, qu'est-ce que tu penses de ça. Quand j'ai passé au travers de ça quand même que... Comprends-tu, il est plus ou moins réceptif l'individu. (E1)</p> <p>Selon l'individu, son motif de consultation, ça prend tout notre temps. (E1)</p> <p>Parce que les gens des fois ils viennent et ils sont tellement comme centrés sur leur problématique de santé, de problème qu'ils ont, les autres affaire ça va, mais ce n'est pas leur priorité. (E2)</p> <p>Si j'ai tant de points de suture à enlever et que je sais que je ne la reverrai même pas la personne, je n'y penserai même pas des fois. (E3)</p>
	État de santé du client	<p>(En parlant de la consommation de légumes et fruits) Ils disent c'est bon ça, mais moi je suis insuffisant rénal. (E3)</p> <p>Dans ma tête ce n'est pas à tous les clients qu'on va faire de la prévention, entre autres parce qu'un client qui vient de recevoir un diagnostic de cancer et qui a des traitements et des ci et des ças... (E3)</p>
	Importance de relier l'intervention à l'état de santé	<p>Selon moi, ça touche beaucoup plus les gens quand on relie le message qu'on veut leur passer à leur condition, comme par exemple la guérison d'une plaie et la consommation de protéines. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
FACTEUR DE RENFORCEMENT : Résultat des clients	Importance de l'obtention de résultats chez les clients	<p>La plus belle récompense? C'est d'avoir des résultats. (E1)</p> <p>Quand on sent que ce qu'on fait comme travail ça donne des résultats en bout de ligne, c'est une belle récompense en soi. (E1)</p> <p>Peut-être que si on voyait par exemple un client que tu sais qu'il est allé à la clinique et qui a eu son suivi puis qu'avec toutes les méthodes de soutien il a réussi à bouger plus, à arrêter de fumer, tu vois que ça a servi à quelque chose. (E4)</p> <p>Peut-être que la récompense ce serait de savoir s'il y en a qui ont arrêté de fumer. (E4)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique FACTEUR Outil dans le dossier FACILITANT : Outils professionnelles		<p>Je l'utilise quelques fois. J'ai tendance à l'oublier, mais je l'ai utilisé quelques fois. Pour des patients que je vois à long terme et que je voulais essayer d'améliorer quelque chose, soit la marche... Je l'ai utilisé quelques fois. (E2)</p> <p>(En parlant de la nécessité de relances sur l'utilisation de la feuille au dossier) Mets-en, parce que je pense qu'on l'a comme oublié. Pour quelques-uns, on l'avait vu au début après la formation qui nous avait été offerte, mais je pense qu'on l'a comme oublié par après. (E2) Je pense que la feuille à insérer au dossier pour le suivi je l'ai sortie une fois. (E3) Je l'ai déjà vu dans le dossier cette feuille-là, mais je ne peux pas dire que j'ai fait le suivi. Mea culpa! (E4)</p> <p>(En parlant de la faible utilisation de l'outil de suivi dans le dossier) Ce n'est pas par manque de motivation, c'est par oubli, manque de temps. (E4)</p> <p>Au niveau des autres outils de travail, la feuille qu'on avait pour le suivi des clients, ça c'est une feuille que j'ai vu de temps en temps complétée, mais pas vraiment au complet. Souvent, tu as une première case remplie et peut-être une deuxième, mais souvent c'est comme laissé à l'abandon. Moi-même je pense que je l'ai complété une fois. (E4)</p> <p>Bien moi j'utilise pas vraiment beaucoup la feuille. Par oubli je pense... Pas parce que elle n'est pas correcte, c'est plus par négligence. C'est de la négligence. (E5)</p> <p>Les feuilles dans le dossier, moi personnellement j'ai un peu de difficulté avec ça parce qu'on en a beaucoup de paperasse à faire. Le travail va être fait aussi bien auprès de l'individu auquel on fait des soins même s'il n'y a pas de papier de rempli dans le dossier. (E1)</p> <p>(En parlant des saines habitudes de vie) C'est ça qui est important pour moi d'être véhiculé, pas toute la paperasse qui est autour. (E1)</p> <p>(En parlant du fait de devoir remplir les outils de suivi dans le dossier) Puis c'est un surplus, c'est sûr que c'est un surplus. (E2)</p> <p>Il y a déjà des feuilles qui devraient être là normalement je trouve, déjà insérées au dossier quand la secrétaire nous le remet. Elles ne sont même pas toutes là. Donc pour moi c'est encore une feuille à sortir, encore une feuille à cocher... (E3)</p> <p>Sinon, il faut faire de la recherche dans le dossier, des fois ce n'est pas nécessairement bien classé. Il faudrait donc mettre comme objectif par exemple : chaque jour je regarde s'il y a une intervention qui a été faite, quels sujets il reste à faire, sur quels sujets revenir... Y penser, le fait d'y penser ! (E4)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite) FACTEUR FACILITANT : Outils professionnelles (suite)	Collecte de données	<p>C'est souvent la collecte de données qui nous fait penser d'introduire le programme, de véhiculer l'information à nos stagiaires. (E1)</p> <p>Le fait qu'on l'ait dans notre collecte de données, bien automatiquement on réalise que les gens [n'ont pas de saines habitudes de vie]. (E2)</p> <p>Quand on fait notre collecte, on l'a déjà sur notre collecte, donc le fait de l'aborder c'est comme correct. (E4)</p> <p>Déjà avec la collecte de données d'avoir ça dans le bas, ça avait été un point pour nous autres dans le sens à nous inciter à aborder le sujet, car si ce n'était pas là, je ne suis pas sûr que j'aborderais le sujet. (E4)</p> <p>Juste le fait de l'avoir mis sur la collecte de données, ça je crois que ça a été l'élément incitatif pour aborder vraiment plus le sujet. (E4)</p> <p>Je trouve que quand on fait la collecte de données c'est un bon moyen d'aborder, de faire la motivation. (E5)</p> <p>J'utilise par contre la collecte de donnée, ça c'est dans ma pratique. (E5)</p>
	Outil aide-mémoire	<p>Je pense que cet outil-là il était très bon, excellent, mais étant donné que je n'en fais pas assez souvent, je ne pourrais pas faire par exemple tout le cheminement qui est recommandé. Il faudrait donc mémoriser la feuille. . Pourtant elle est accessible; elle est dans les salles sous le clavier... Donc l'accessibilité de cette feuille-là je crois que c'est correct. Il faudrait donc se motiver ou se pousser à la connaître un peu plus. (E4)</p> <p>La grande feuille aussi qu'on a fait plastifiée et qui est placée sous les claviers dans certaines salles, moi je l'ai relu quelques fois, mais dans le fond il faudrait qu'elle soit mémorisée, ce qui n'est pas facile. Moi je ne la connais pas par cœur. Devant un client, ce n'est pas évident de sortir la feuille et étant donné qu'on n'en fait pas souvent, on n'est pas capable de la mémoriser. (E4)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite)		
FACTEUR	Temps suffisant	Ça roule passablement en soins courants. (E1)
FACILITANT :		C'est toujours une question de temps. (E1)
Facteur logistique		Le temps est un obstacle. (E1)
		Trente minutes, ce n'est pas assez. J'ai seulement le temps de faire ce qui est nécessaire à sa visite, alors si on me donnait 15 minutes de plus, je pourrais axer davantage, je pourrais développer davantage mon travail, mais ce n'est souvent pas permis. (E1)
		(En parlant de la transmission des compétences sur la réalisation d'intervention courtes en saines habitudes de vie à d'autres collègues) Je n'ai pas assez de temps dans mon horaire pour pouvoir dire je m'assis et je lui montre tout ça. Je n'aurais pas ce temps-là. C'est donc en faisant les soins. (E2)
		On manque de temps. (E2)
		Comme on l'a dit, le manque de temps, ça c'est quelque chose qui est nuisible. (E2)
		C'est clair que je n'ai pas tant de temps que ça et des fois j'ai déjà débordé sur mes autres clients. (E3)
		Je ne fais pas de note, car sinon, on le fait plus. On n'a seulement une demi-heure. (E3)
		Mais il y a toujours des choses qui se rajoutent et il n'y a jamais de temps de rajouter. (E3)
		Mais c'est parce qu'il y a plus et plus et plus et il n'y a pas de temps allouer à ça. (E3)
		Quand on a une injection le matin et qu'on a vraiment une demi-heure, c'est clair que pour notre patronne c'est supposé prendre moins de temps, mais c'est là qu'on récupère pour nos autres affaires. Parce qu'il y a toujours le même temps d'alloué. Même si je me dis que j'ai une demi-heure avec cette personne là, je ne lui donne pas nécessairement toute. (E3)

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite)		
FACTEUR FACILITANT : Rappels dans le milieu	Importance de la transmission verbale dans le soutien aux pratiques	<p>Ça peut être par des messages via lotus, des courriels en disant de ne pas oublier de véhiculer tel message. Ça peut aussi être lors des rencontres, lors des réunions... Toutes sortes de façons que le message peut être véhiculé. (E1)</p> <p>(En comparaison avec des outils papiers) C'est plus tangible à ce moment-là. (E1)</p> <p>Moi je me dis, si tu peux passer des messages, venir, c'est plus facile quand on voit la personne et son dynamisme en pleine possession de ses moyens quand tu nous transmits de l'information, donc à quelque part c'est très stimulant. (E1)</p> <p>(En parlant de la transmission des compétences sur la réalisation d'intervention courtes en saines habitudes de vie à d'autres collègues) Ce serait plus verbal. (E2)</p> <p>Il faudrait p-ê passer une évaluation et se faire dire de faire ça de telle façon ou de rajouter ça à notre information pour être plus complémentaire. (E4)</p>
	Rappels lors des réunions	<p>Les réunions ça m'a apportée à me requestionner. Ok Myriam est venue, pourquoi je ne continue pas? Qu'est-ce que je fais? Qu'est-ce qui se passe?... Si c'est juste de sortir les petits papiers. Là j'ai fait ça depuis peut-être deux semaines... Depuis la dernière rencontre finalement ! (E3)</p> <p>Des fois de te rencontrer ça permet de prendre conscience que des fois on n'a été pas négligeant, mais qu'on l'avait mis de côté. Ça peut être un incitatif pour commencer à en faire pour les suivis aussi, la prochaine fois, je vais faire attention pour la prochaine visite. (E4)</p> <p>Moi je pense que ça a un effet booster. Parce que sinon on a moins d'intérêt, on ne le fait plus. Pendant une rencontre ou une réunion, ça nous réveille, ça nous brasse un peu. Donc ça m'a réveillée aujourd'hui ! (E4)</p>
	Rappels par les formations offertes	<p>Je crois ça sert à nous sensibiliser et à... raviver la flamme un petit peu qui fait que parfois on est à bout de souffle et... on se décourage et on se laisse un peu aller. Ça nous recrénique pour un bout jusqu'à temps qu'il en arrive trop. (E3)</p> <p>Les formations, je trouve que ça nous a sensibilisé à l'importance. Sensibiliser aussi au fait que ce n'est pas si gros de mettre ça dans notre temps avec le client. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite) FACTEUR FACILITANT : Outils clients	Ressources matérielles suffisantes	<p>On le dit, mais la clientèle, bien je me dis si les gens ont quelque chose à lire à la maison, si on leur dit et qu'à un moment donné ils vont le lire, c'est comme un deuxième rappel et à un moment donné ça va peut-être finir par s'intégrer. (E2)</p> <p>Avec les lectures je me dis : ça va aider à la maison. Quand il va être moins anxieux, il va aller vers autre chose. (E2)</p> <p>Pour aider, ce serait d'avoir des pamphlets. (E2)</p> <p>Des pamphlets avec ça comme un petit kit qu'on peut donner puis en parler quand même brièvement, mais comme ça ils pourraient l'apporter au moins pour le lire. (E2)</p> <p>J'aimerais avoir plus de dépliants à remettre. Je trouve que ce qu'on a c'est vraiment minime, ce n'est pas beaucoup. Je trouve que ce n'est pas assez. (E2)</p> <p>Donc d'avoir les dépliants proches, c'est bon aussi. (E3)</p> <p>Donc juste le fait que les documents soient là, à la vu, des fois déjà là c'est par ça que ça se fait. (E3)</p> <p>(En parlant des dépliants qui sont dans les présentoirs) Au moins, si je n'ai pas le temps d'en parler, juste le remettre. Si vous voulez plus d'informations, vous irez voir là. C'est comme si je voulais trop en faire aussi peut-être. Peut-être que c'est juste ça avec la personne dans le temps que j'ai. (E3)</p> <p>S'ils me disent oui ou même s'ils me disent non je leur donne quand même la carte. Je leur dis que présentement peut-être vous n'avez pas le goût d'arrêter de fumer, mais éventuellement si vous avez le goût, vous savez que la ressource est là. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite) FACTEUR FACILITANT : Contexte de pratique (continuité des soins)	Capacité d'intégrer les interventions courtes en saines habitudes de vie lors des visites de suivi	<p>Donc pour moi la motivation c'est correct au niveau de le faire, au niveau de l'aborder le sujet. Au niveau du suivi c'est une autre affaire. (E4).</p> <p>Disons que quand je sais que le patient ce n'est pas la première fois qu'il vient ou que la collecte de données a déjà été faite, ce n'est pas quelque chose que moi je vais revenir dessus. (E4)</p> <p>(En parlant des raisons qui rendent l'intégration des interventions courtes en saines habitudes de vie lors des visites de suivi difficile) Parce qu'il faudrait que je réanalyse la collecte de données, qu'est-ce qui a été fait a/n est-ce que le client fume, l'alimentation, l'exercice... Est-ce qu'il y a des changements qu'il était prêt à faire. (E4)</p> <p>Il faut aussi se mettre dans la tête que cette intervention-là elle a sûrement été faite lors de la collecte de données. Il faudrait seulement fournir un petit effort pendant une couple de minutes et aller vérifier la collecte de données. Avec les maudits dossiers des fois ce n'est pas évident. (E4)</p> <p>(En parlant des techniques qui pourraient être utilisées pour intégrer les interventions courtes en saines habitudes de vie lors des visites de suivi) C'est sûr qu'on pourrait revenir là-dessus en disant : « Est-ce qu'on vous avait demandé si vous faisiez de l'activité physique? Avez-vous commencé à en faire ? ». C'est une intervention qui est courte. C'est sûr que ça va être court. (E4)</p>
	Suivi par les mêmes professionnelles	<p>Le fait aussi qu'on n'ait pas toujours le même client tout le temps non plus. Donc il n'y a pas... Il y a un suivi de soin qui se fait, mais, moi personnellement je ne peux pas revoir le même client tout le temps. Des fois ça devient plus difficile. Il faut quand même établir, je pense, une relation de confiance avec la clientèle, puis quand on les voit juste de temps en temps, on peut, mais on ne peut pas pousser trop loin non plus. (E2)</p> <p>Est-ce qu'ils sont allés ou pas? Je ne peux pas dire que je fais un suivi nécessairement parce que on ne les revoit pas d'emblée régulièrement et on en parle à tellement de monde que à un moment donné si la personne vient une fois par mois pour sa vitamine B12... (E3)</p> <p>C'est un travail d'équipe dans le fond. Si je revois le client, je me rappelle de ce que j'ai parlé avec lui, donc c'est plus facile. (E5)</p>

ANNEXE M (suite)

Facteurs	Thèmes	Citations
3) Liés à l'environnement de pratique (suite)		
FACTEUR FACILITANT : Personne porteuse de dossier	Statut et rôle de la personne porteuse de dossier	Je pense que c'est important qu'elle soit directement liée à l'équipe de travail. (E1) Je pense que c'est important que la personne fasse partie intégrante de l'équipe. (E1) Des rencontres lorsque nous on a nos rencontres d'équipe, bien je pense que ça fait un bel effet booster justement. (E1) Le fait que l'individu soit présent et qu'elle nous véhicule de l'information. (E1)
	Importance d'une personne porteuse de dossier	(En parlant de l'importance d'avoir une personne porteuse de dossier) C'est absolument important, pour faire un effet booster à chaque fois qu'on la rencontre. (E1) Il n'y a personne qui est mandatée, il n'y a personne qui va pousser l'affaire un peu plus loin. (E1)
FACTEUR FACILITANT : Pratique	Impression sur la pratique	Dans le fond, on fait toujours ça, mais on se demande si on ne fait pas ça dans le vide. Parce que de un, on n'est pas allé vérifier la motivation. Tu sais, c'est une intervention brève, mais peut-être incomplète. On n'est pas allé vérifier s'il avait l'intention d'arrêter ou pas, donc c'est sûr que s'il n'a pas l'intention d'arrêter d'ici 6 mois, donc c'est juste de lui faire connaître les références et de lui dire qu'ici il y a un service, tandis que s'il nous disait qu'il est prêt à arrêter de fumer, peut-être qu'on aurait des interventions différentes pour qu'il y aille pratiquement vers le service. (E4)
FACTEUR DE RENFORCEMENT : Implication de l'établissement	Démarche soutenue par l'établissement	Si toi tu n'avais pas développé toute la démarche dans le cadre de ta maîtrise, je ne suis pas sûre qu'on aurait les outils, comprends-tu, je ne suis pas sûre qu'on aurait axé sur ça ici. (E1) Moi je te dirais... En tout cas, si tu peux une fois que ton travail à l'université va être complété... Je ne sais pas si... Est-ce qu'on va en avoir encore des suivis comme ça? (E1) Moi je suis à la source avec les individus, mais si la personne qui met en branle tout ce processus là, s'il n'y a pas d'interaction entre les deux, j'ai l'impression que chacun travaille de son côté et ça fait en sorte que le message a peut-être tendance à vouloir se dissoudre un peu plus dans ce temps-là. (E1) À la fin de la journée on ne me reconnaîtra pas plus, on ne me payera pas plus... Ce n'est pas un manque de volonté. On veut me demander beaucoup, il faut aussi qu'on me donne. (E3)

E1 = Entrevue #1

E2 = Entrevue #2

E3 = Entrevue #3

E4 = Entrevue #4

E5 = Entrevue #5

ANNEXE N

Incidents critiques des questionnaires destinés aux professionnelles (infirmières)

Événements	Thèmes	Citations
	1) Liés aux professionnelles	
	Professionnelle qui donne des conseils	Lorsque les gens mangent peu de fruits et de légumes, je leur donne des conseils comment en inclure. Ex : Acheter des jus de légumes en bouteilles; déjà 2 portions de prises !
	2) Liés à la clientèle	
		Client qui dit qu'il communiquera avec l'équipe
		Lorsque j'aborde le sujet sur l'alimentation, le tabac, ou l'exercice, j'appuie sur la « prévention » et les clients démontrent un intérêt qui me semble plus grand. Donc, effet positif de l'intervention.
	Intérêt des clients	Patiente qui avait cessé tabagisme depuis peu. Venait d'avoir un dx de cancer et manifestait tout de même intérêt à poursuivre malgré le nouveau stress.
		Le client m'a redemandé les références à une visite ultérieure de lui-même.
Positifs		Un client qui vient de se faire opérer pour le cœur et motivé à vouloir reprendre de saines habitudes de vie m'a demandé de lui fournir tous les feuillets nécessaires à l'informer et désirait même que je lui remettre les coordonnées de l'arrêt tabagique au CSSS.
		Avec un jeune qui avait de l'HTA et taux de cholestérol élevé. Fume du pot die et fume ½ paquet de cigarettes/jour. Suivi quelques semaines pour enseignement sur les saines habitudes de vie. Depuis 3 mois : perte de poids de 20 lbs, exercice 1 hre/die, augmentation des portions de fruits et de légumes, diminution du tabagisme. Patient très encouragé et on continue.
	Bons résultats des clients	Une dame qui avait de graves problèmes de circulation sanguine a/n des membres inférieurs à qui j'a recommandé de marcher de façon progressive. A connu nette amélioration de l'état de ses jambes en 3 mois

ANNEXE N (suite)

Événements	Thèmes	Citations
2) Liés à la clientèle (suite)		
Positifs	Satisfaction des clients	Une personne m'a grandement remercié de l'avoir référé au programme 0-5-30. Elle disait qu'elle se sentait beaucoup mieux depuis qu'elle avait modifié ses habitudes de vie.
		Il y a des gens qui ne veulent pas entendre parler de cesser de fumer et qui deviennent agressifs quand j'aborde le sujet.
	Mauvaise réceptivité de la clientèle	<i>Situation : bien-être social, consomme pot die, peu d'argent pour l'épicerie. Lorsqu'on parle des saines habitudes de vie pour favoriser sa guérison, devient en colère ++ et dit être tanné d'en entendre parler.</i> Un client à qui j'ai conseillé de cesser de fumer car il avait eu un triple pontage. Il ne voulait plus me voir et j'ai dû changer d'intervenant. Par contre, il m'a donné raison, car il est décédé 6 mois plus tard d'un autre infarctus. La non-réceptivité franche d'un patient qui se présentait pour recevoir son soin <u>uniquement</u> .
		Des clients, peu nombreux, qui ne se sentent pas concernés malgré des habitudes de vie déficientes.
Négatifs	Stade de pré-contemplation des clients	Réponse d'un client : « C'est tout ce qui me reste de fumer » Certains clients souvent âgés ont leurs habitudes bien ancrées et refusent de changer à l'âge qu'ils ont. Pour certains, le tabac est leur seul plaisir.
	Manque de motivation des clients	C'était avec un patient récemment diagnostiqué comme diabétique; nous avons discuté comment il pourrait faire pour inclure de l'activité physique dans son quotidien. Il avait toujours une raison pourquoi ça ne pouvait pas fonctionner. À la fin, il me disait qu'il n'avait pas le goût d'en faire. Je voulais beaucoup plus que lui.
	Peu de résultats des clients	Patient d'environ 38 ans. Diabétique avec plusieurs autres problèmes de santé. Tx pour plaies aux pieds; peu d'amélioration dans la guérison.

ANNEXE N (suite)

Événements	Thèmes	Citations
Négatifs	2) Liés à l'environnement de pratique	
	Manque de temps	Par rapport à l'alimentation des personnes âgées qui auraient besoin de plus de temps pour comprendre et je n'ai pas le temps nécessaire.
	Le manque de suivi par les mêmes professionnelles	En plus, je ne les revois pas, car je fais peu de suivi. (En parlant du fait que le client ne sera pas revu par la même professionnelle) Donc, c'est frustrant pour moi et pour eux.

ANNEXE N (suite)
Incidents critiques des entrevues auprès des professionnelles (infirmières)

Événements	Thèmes	Citations
Positif	1) Liés à la clientèle	Un client que je connaissais, c'était le père d'une ancienne amie de classe du primaire que j'ai reçu ici. C'est un monsieur qui était emphysémateux avec des problèmes cardiaques assez sévères, c'était un gros gros fumeur. Donc là je voulais le lancer vers Daniel. Je lui ai expliqué qu'il y avait possibilité de rencontres pour rencontrer un professionnel en cessation tabagique, puis s'il avait de l'intérêt, puis finalement je me suis dit, bien mon message est passé. À partir de là, va-t-il y avoir vraiment quelque chose? Puis lui il est allé, puis il a réussi à passer à travers de ça, puis quand il est revenu par la suite, parce que c'est des soins aux trois mois qu'on lui fait, il a réussi, tu sais le message a passé, bien ça a donné quelque chose. Ça c'est valorisant. (E1) Il a réussi à arrêter de fumer. (E5)
	Bons résultats des clients	
	Intérêt des clients	Pour quelqu'un qui est obèse et qui voulait perdre du poids, puis il était diabétique. Donc, on a abordé le sujet de... [...] C'était un monsieur qui n'était pas très actif, puis il était intéressé. Puis je trouvais ça bien. Parce que c'est quand même un monsieur qui a une limite au niveau de sa condition physique, puis il était quand même intéressé, pour l'améliorer justement son diabète. Il était intéressé, mais c'est quand même une combinaison, parce que oui c'est beau de bien manger, mais si tu ne fais pas d'exercice, ce n'est pas mieux non plus. (E2)
	Soutien du conjoint	Moi c'est quand on a le support de la conjointe. Parce que c'est elle qui fait les repas à la maison. [...] C'est la conjointe qui a aidé à juger ce qu'il y avait dans l'assiette et qui a comme aidé à la motivation. (E3)

ANNEXE N (suite)

Événements	Thèmes	Citations
Négatif	1) Liés à la clientèle	Il y en a que c'est comme décourageant, ils disent qu'ils vont comme vouloir faire de l'exercice, soit de bien s'alimenter, soit cesser de fumer, mais ça ne se fait pas, puis c'est juste comme... comme plus comme parle-moi en pas. L'intérêt n'était pas vraiment là. Ils ont montré de l'intérêt, mais finalement ça a comme tout tombé, puis ça a comme fini là. (E2)
	Manque de motivation des clients	Un patient qui se plaint tout le temps, qui reste toujours dans son bloc appartement. Il ne fait aucun exercice et se plaint d'être fatigué. Avec lui, je lui ai dit : « Écoutez, ce n'est pas la quantité qui compte, mais c'est d'en faire. » J'avais essayé avec lui qu'il essaie au moins d'aller chercher son courrier (il ne faisait même pas ça). Mais la volonté n'est pas là du tout, pas du tout. (E5)
	Client centré sur son problème de santé	Tu sais, je suis venu ici pour ma plaie, pourquoi tu veux savoir combien je mange de fruits et de légumes dans une journée. Quand le message est passé, moi j'essaie de me backer avec le 0-5-30, c'est quand même bien expliqué, donc je leur dit regarde, vous pouvez en prendre connaissance chez vous, c'est pour ça qu'on vous demande ça, parce que le gouvernement a tel programme, parce qu'on se rend compte qu'il y a des maladies chroniques qui sont très fréquentes de plus en plus jeunes et on se rend compte que si on pratique ces choses-là, les bénéfices à long terme sont de beaucoup meilleurs. Des fois oui, je te dirais qu'un aspect négatif c'est que l'individu a comme tendance à nous retourner la question. Qu'est-ce que ça vient faire avec la raison pour laquelle je viens consulter aujourd'hui? Ça c'est un petit peu... Il faut travailler, il faut travailler beaucoup, beaucoup là-dessus pour passer le message à des personnes. (E1)

ANNEXE N (suite)

Événements	Thèmes	Citations
Négatif	1) Liés à la clientèle (suite)	
	Méfiance des clients	Mais quand on arrive à leur poser des questions comme fumez-vous, on dirait qu'ils vont tout de suite argumenter. Fumez-vous? Bon tout de suite là oui. Je suis à peu près convaincue que la réponse qu'on me donne 98% du temps elle n'est pas vraie, elle n'est pas adéquate. Combien vous fumez? J'en fume 10, mais je suis à peu près certaine qu'il en fume 20 dans une journée. Comprends-tu, je mets toujours presque le double dans ma tête, mais je ne peux pas l'écrire car ce n'est pas ce qui m'a été véhiculé. Donc à quelque part, ça je trouve que les gens sont méfiants quand on leur pose ces questions-là. Puis par la suite, quand on leur demande est-ce que vous mangez bien, avez-vous bon appétit, combien de fois vous mangez dans une journée, puis qu'est-ce que... est-ce que votre alimentation elle est variée, introduisez-vous des fruits et des légumes, combien vous en mangez. (E1)
	Stade de pré-contemplation des clients	Tu sais, je vais leur dire « Vous n'êtes pas obligés de l'emmener le papier, hein. Si vous ne voulez absolument rien savoir... » La personne avait laissé les choses. (E3)
	Peu de résultats des clients	C'est ça, c'est comme décevant parce que tu vois que la personne n'a pas vraiment changé. Il n'a pas changé là-dedans, dans ses habitudes. (E2)
	2) Liés à l'environnement de pratique	
	Manque de feed-back au niveau des résultats des interventions	On ne voit pas le résultat. C'est juste d'en parler. (E4) Et puis au niveau de la co-réceptivité, de dire que oui cette cliente-là elle m'a dit qu'elle avait commencé à faire de l'exercice, à mieux s'alimenter parce qu'on a éveillé en elle un doute qu'elle ne s'alimentait pas bien ou qu'elle ne faisait pas assez d'exercice. Un espèce de feed-back dans le fond que je pourrais noter, quantifier. Juste des fois d'aborder le sujet, de prendre légèrement conscience. On n'a pas de suivi vraiment. (E4)